

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1912

THÈSE

N°

49

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

PIERRE MOUGENC DE SAINT-AVID

Ancien externe des Hôpitaux de Paris,

Médaille de bronze de l'Assistance Publique,

né à Tulle le 26 juillet 1885.

---

LES ALBUMINURIES

INTERMITTENTES IRRÉGULIÈRES

---

*Président* : M. CHAUFFARD

---

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1912



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1912

THÈSE

N°

49

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

PIERRE MONGENC DE SAINT-AVID

Ancien externe des Hôpitaux de Paris,  
Médaille de bronze de l'Assistance Publique,  
né à Tulle le 26 juillet 1885.

---

LES ALBUMINURIES  
INTERMITTENTES IRRÉGULIÈRES



---

*Président : M. CHAUFFARD*

---

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

---

1912

# Faculté de Médecine de Paris

| LE DOYEN<br>PROFESSEURS                                                |                    | M. LANDOUZY<br>MM. |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------|
| Anatomie. . . . .                                                      | NICOLAS            |                    |
| Physiologie. . . . .                                                   | CH. RICHET         |                    |
| Physique médicale. . . . .                                             | WEISS              |                    |
| Chimie organique et Chimie générale. . . . .                           | DESGREZ            |                    |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale. . . . .                  | BLANCHARD          |                    |
| Pathologie et Thérapeutique générales. . . . .                         | ACHARD             |                    |
| Pathologie médicale. . . . .                                           | WIDAL              |                    |
|                                                                        | TEISSIER           |                    |
| Pathologie chirurgicale. . . . .                                       | LEJARS             |                    |
| Anatomie pathologique. . . . .                                         | PIERRE MARIE       |                    |
| Histologie. . . . .                                                    | PRENANT            |                    |
| Opérations et appareils. . . . .                                       | HARTMANN           |                    |
| Pharmacologie et matière médicale. . . . .                             | POUCHET            |                    |
| Thérapeutique. . . . .                                                 | MARFAN             |                    |
| Hygiène. . . . .                                                       | CHANTEMESSE        |                    |
| Médecine légale. . . . .                                               | THOINOT            |                    |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie. . . . .                    | LETULLE            |                    |
| Pathologie expérimentale et comparée. . . . .                          | ROGER              |                    |
|                                                                        | CHAUFFARD          |                    |
| Clinique médicale. . . . .                                             | GILBERT            |                    |
|                                                                        | DEBOVE             |                    |
|                                                                        | LANDOUZY           |                    |
|                                                                        | HUTINEL            |                    |
| Maladies des enfants. . . . .                                          |                    |                    |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. . . . . | GILBERT BALLET     |                    |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . .               | GAUCHER            |                    |
| Clinique des maladies du système nerveux. . . . .                      | DEJERINE           |                    |
|                                                                        | DELBET             |                    |
| Clinique chirurgicale. . . . .                                         | QUENU              |                    |
|                                                                        | RECLUS             |                    |
|                                                                        | N...               |                    |
| Clinique ophtalmologique. . . . .                                      | DE LAPERSONNE      |                    |
| Clinique des maladies des voies urinaires. . . . .                     | LEGUEU             |                    |
|                                                                        | BAR                |                    |
| Clinique d'accouchements. . . . .                                      | PINARD             |                    |
|                                                                        | RIBEMONT-DESSAIGNE |                    |
| Clinique gynécologique. . . . .                                        | POZZI              |                    |
| Clinique chirurgicale infantile. . . . .                               | KIRMISSON          |                    |
| Clinique thérapeutique. . . . .                                        | ALBERT ROBIN       |                    |

## Agrégés en exercice

| MM.        |                   |            |           |
|------------|-------------------|------------|-----------|
| BALTHAZARD | DUVAL (P.)        | LEQUEUX    | RATHERY   |
| BERNARD    | GOUGEROT          | LERI       | REITTERER |
| BRANCA     | GREGOIRE          | LOEPER     | RICHAUD   |
| BRINDEAU   | GUENIOT           | MACAIGNE   | ROUSSY    |
| BROCA (A.) | GUILLAIN          | MAILLARD   | ROUVIERE  |
| BRUMPT     | JEANNIN           | MORESTIN   | SCHWARTZ  |
| CAMUS      | JOUSSET (A.)      | MULON      | SICARD    |
| CARNOT     | LABBE (M.)        | NICLOUX    | TERRIEN   |
| CASTAIGNE  | LANGLOIS          | NOBECOURT  | TIFFENEAU |
| CHEVASSU   | LAIGNEL-LAVASTINE | OKINCZYC   | ZIMMERN   |
| CLAUDE     | LECENE            | OMBREDANNE |           |
| COUVELAIRE | LENORMANT         | PROUST     |           |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR CHAUFFARD

Officier de la Légion d'honneur  
Professeur de clinique médicale à l'hôpital Saint-Antoine  
Membre de l'Académie de Médecine.

*Témoignage de très vive reconnaissance  
et de respectueux attachement.*



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41549921\\_0012](https://archive.org/details/IA41549921_0012)

A M. LE DOCTEUR RATHERY

Professeur agrégé à la Faculté  
Médecin des Hôpitaux.

*Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse  
expression de bien sincères remercie-  
ments pour l'excellent accueil qu'il  
m'a fait à sa consultation de l'hôpital  
Tenon, et pour la bienveillance dont il  
m'a entouré.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

*Externat*

M. le Professeur LEGUEU.

M. le Docteur LE GENDRE.

M. le Professeur CHAUFFARD.

M. le Docteur DARIER.

M. le Docteur POTOCKI, professeur agrégé.

M. le Docteur VARIOT.

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. les Professeurs LETULLE, WIDAL, QUÉNU.

A M. le Docteur MAYET

Chirurgien à l'hôpital Saint-Joseph.

*Hommages respectueux*

## INTRODUCTION

---

Bien que les albuminuries intermittentes fussent connues depuis fort longtemps, il semble que les auteurs qui ont étudié cette question, se soient surtout occupés jusqu'ici des formes régulières, plus schématiques peut-être dans leur expression clinique et dans leur interprétation pathogénique, mais assurément beaucoup plus rares que les formes irrégulières.

L'étude des albuminuries intermittentes irrégulières est pourtant intéressante à plus d'un point de vue.

L'examen systématique des urines fractionnées, recueillies dans des conditions déterminées, montre qu'elles sont infiniment plus fréquentes qu'on ne serait tenté de le croire.

Leur connaissance nous permet de dépister souvent l'existence d'une albuminurie qui pourrait passer inaperçue.

Mais dès lors comment interpréter un symptôme parfois aussi fugace, souvent aussi intermittent dans son apparition, toujours aussi irrégulier dans ses manifestations ?

Quelle valeur séméiologique doit-on leur accorder ?

Doit-on les considérer comme des albuminuries purement fonctionnelles, ou bien sont-elles la traduction d'un organisme en état de meiopragie, le témoin de la débilité rénale. Peut-on enfin les rencontrer au cours de lésions rénales parfaitement bien constituées, et évoluant avec tout le cortège symptomatique des néphrites chroniques ?

On conçoit dès lors que l'étude des albuminuries intermittentes irrégulières présente un intérêt de premier ordre, non seulement au point de vue doctrinal, mais même et surtout au point de vue pratique, car leur interprétation nous aidera à porter un pronostic, et la connaissance des différents facteurs, qui interviennent dans leur production, nous conduira à instituer une thérapeutique rationnelle.

## CHAPITRE PREMIER

### DÉFINITION DES ALBUMINURIES INTERMITTENTES HISTORIQUE.

Nous comprendrons sous le nom d'albuminuries intermittentes, comme le fait M. Rathery, les cas d'albuminurie dans lesquels l'albumine n'est décelable dans les urines durant une période de vingt-quatre heures que d'une façon discontinue. L'albuminurie intermittente doit donc être distinguée de l'albuminurie récidivante, qui n'apparaît qu'à certains jours seulement. La première se manifeste toujours durant la période de vingt-quatre heures; la seconde fait complètement défaut pendant un laps de jours indéterminés, parfois fort court, parfois fort long.

On comprendra d'ailleurs facilement qu'il existe des liens cliniques étroits entre l'albuminurie récidivante et l'albuminurie intermittente, et qu'on peut se trouver en présence de cas mixtes formant transition entre ces deux types d'albuminurie, l'albumine pouvant disparaître complètement de l'urine pendant vingt-quatre heures et réapparaître d'une façon intermittente les jours suivants.

Ce qui fait la caractéristique de l'albuminurie intermittente, c'est l'existence d'albumine dans l'urine en

quantité déterminée dans certaines mictions, et sa disparition complète ou son atténuation en d'autres au cours de la même période de vingt-quatre heures.

L'intermittence de l'albuminurie est un fait connu depuis fort longtemps.

Vogel, qui a suivi pendant de nombreuses années des albuminuries légères, ayant évolué sans autre signe de lésion rénale, sans aucun trouble apparent de la santé générale, signale que dans un cas les urines du jour étaient seules albumineuses, non celles de la nuit.

En 1870, Ultzmann cite l'observation d'un jeune homme qui présentait aussi de l'albuminurie d'une façon intermittente, mais contrairement à l'observation de Vogel, c'était l'urine de la nuit qui était le plus souvent albumineuse. L'albumine cessait, puis reparaissait d'une façon irrégulière, sans s'accompagner d'aucun autre trouble morbide.

Puis, en 1873, Gull cite des exemples d'albuminurie intermittente apparaissant d'une façon transitoire chez des adolescents débiles et anémiques.

Dès lors, les travaux se multiplient.

Dukes eut le mérite de montrer l'influence de la station debout sur l'apparition de l'albuminurie, observant que parfois la station debout n'est pas une cause suffisante, et qu'elle demande à s'adjoindre le travail de la digestion.

En Angleterre, Morley Rookes (1878), Moxon, Fergusson, Saundly publient des observations d'albuminurie intermittente.

Leube, qui examine systématiquement les urines de 119 soldats de la garnison d'Erlangen, trouve que la deuxième moitié de la journée, après la marche et l'exercice, 14 de ces soldats présentaient de l'albumine.

Fürbringer, en 1879, constate également 7 fois une albuminurie intermittente sur 61 enfants. Il note que l'albumine apparaissait ou disparaissait bien que les conditions de vie restassent les mêmes, que l'urine ne fût modifiée ni dans sa quantité, ni dans sa densité.

Edlesfen rapporte aussi 3 cas d'albuminurie passagère et intermittente.

En 1882, Rendall étudia l'albuminurie digestive, tandis qu'à la même époque, Lépine réunissait dans la *Revue de médecine* tous les faits jusque-là observés, en émettant l'hypothèse d'une lésion glomérulaire. Cette conception avait d'ailleurs contre elle l'opinion de Leube et de Sénator, qui se montraient partisans de l'albuminurie physiologique.

En 1885, Pavy au Congrès de Cardiff, Teissier au Congrès de Grenoble, décrivent l'albuminurie cyclique des adolescents.

Leube, Capitan, Chateaubourg, von Noorden, Sénator publient des cas ayant trait surtout à l'albuminurie de fatigue.

Trois ans plus tard, en 1888, paraît le *Traité* de Lecorché et Talamon. Ces deux auteurs concluent à l'existence nécessaire d'une lésion rénale : « L'albuminurie intermittente, quelle que cause qu'on lui assigne, est l'indice d'une néphrite, peut-être légère, parcellaire, mais qui comporte toujours un pronostic très réservé. »

La même année, Stirling décrit l'albuminurie de posture.

Merklen trouve exagérée l'opinion de Lecorché et Talamon, et publie sa théorie pathogénique sur l'albuminurie orthostatique; il pense qu'il s'agit souvent « d'une congestion rénale à répétition, qui peut être provoquée par la station debout, l'exercice musculaire. »

C'est la même opinion qu'on retrouve exprimée dans la thèse de Bertrand (1890) qui reprend aussi les idées de Ranke sur la fatigue musculaire (gêne circulatoire).

En 1891-1892, Lecorché et Talamon montrent que les caractères retrouvés dans les albuminuries intermittentes se retrouvent aussi bien dans les néphrites. Ce sont des albuminuries minima, dont quelques-unes peuvent guérir, mais d'autres aboutir au mal de Bright.

Un peu plus tard, Robin isola du groupe des albuminuries intermittentes l'albuminurie phosphaturique (1893), puis l'albuminurie dyspeptique (1897).

J. Teissier et Bory (1894) décrivent l'albuminurie prétuberculeuse.

Oswald (1894) examine ensemble un groupe assez complexe, où il fait entrer toutes les albuminuries légères et à caractère intermittent. Il retrouve toujours les antécédents d'une infection antérieure et constate des cylindres dans les urines.

Le Pr J. Teissier, dans son remarquable livre sur *Les albuminuries curables*, décrit des albuminuries intermittentes irrégulières, dites des sujets en apparence bien

portants. Il leur reconnaît comme cause provocatrice la plus importante, l'exercice physique et la fatigue. Mais il remarque « que l'albuminurie n'apparaît pas toujours dans des conditions analogues, qu'il existe des causes contingentes »; il note l'influence des troubles météorologiques, l'abaissement sensible de la pression artérielle au moment de la miction albumineuse. Cette albuminurie ne comporte pas de symptomatologie qui lui soit propre.

Signalons en 1902-1903 les mémoires de Rudolph, Edel, Graziani, Menge, Kuttner, Acquaderni, Sutherland, qui envisagent surtout les albuminuries intermittentes.

Courcoux (thèse 1904) au cours de son étude sur les albuminuries orthostatiques remarque que, parmi toutes les observations publiées jusqu'ici, il y en a peu qui soient absolument pures dans leur manifestation, et que le plus souvent on retrouve aussi l'influence d'autres facteurs que l'orthostatisme.

L'influence familiale et le rôle de l'hérédité sont mis en relief par Talamon, Arnozan, Teissier.

Le Prof. Gilbert et Lereboullet sont venus récemment introduire une notion nouvelle, celle de l'hérédité biliaire. D'après ces auteurs et d'après le Prof. Hutinel, on doit en effet attribuer aux altérations du foie une place importante dans l'étiologie des albuminuries intermittentes.

Plus récemment, Castaigne et Rathery, en se basant sur la clinique et sur l'expérimentation ont montré le rôle que joue la débilité rénale.

Enfin, en 1912, M. Rathery, examinant depuis plusieurs années d'une façon systématique les urines fractionnées de ses malades à la consultation de l'hôpital Tenon, a été frappé de la fréquence de certaines albuminuries intermittentes à allure irrégulière. Il en a rapporté un certain nombre d'observations dans une revue générale, et s'est attaché à en rechercher les causes.

C'est sur ses conseils et sous sa bienveillante direction que nous avons continué l'étude des albuminuries intermittentes irrégulières.

## CHAPITRE II

### CLASSIFICATION. -- TECHNIQUE A EMPLOYER CAUSES D'ERREUR A ÉVITER.

#### I. — Classification.

1<sup>o</sup>) L'histoire des albuminuries intermittentes nous montre nettement que les plus étudiées jusqu'ici sont les **formes régulières**. Ce sont elles qui sont les mieux connues.

A. — On décrit sous le nom d'ALBUMINURIE ORTHOSTATIQUE, les cas dans lesquels l'albuminurie se produit exclusivement durant la station debout, pour disparaître complètement dans l'intervalle. Ce mode spécial d'apparition et de disparition est indispensable à la constitution du syndrome. Nous n'insisterons pas sur la façon dont doit être faite la recherche de l'orthostatisme, Nous rappellerons seulement qu'on peut avec J. Teissier distinguer trois types d'albuminurie orthostatique :

a) *L'albuminurie orthostatique vraie*, où le changement d'attitude reste le facteur suffisant, nécessaire et exclusif de l'apparition de l'albumine.

b) *L'albuminurie orthostatique mixte*, très fréquente ;

on observe ce mode d'albuminurie à titre d'épiphénomène d'une néphrite infectieuse préalable, plus ou moins ancienne, en apparence guérie, mais qui se survit à elle-même sous cette forme d'albuminurie. (Aubertin).

c) *L'albuminurie orthostatique associée.* — Elle a besoin, pour se constituer, d'un facteur nouveau, agissant de concert avec la verticalité : fatigue cérébrale, néphroptose, troubles digestifs... L'influence de l'orthostatisme n'est plus immédiate, les proportions d'albumine sont soumises à des oscillations notables. Cette dernière forme rentre déjà dans le cadre des albuminuries intermittentes irrégulières.

B. — L'ALBUMINURIE INTERMITTENTE CYCLIQUE de Pavy et Teissier apparaît chez les adolescents, à une heure déterminée de la journée, toujours la même. Il existe un véritable cycle urinaire : les urines du matin n'offrent aucune altération. Entre midi et une heure, l'acide nitrique provoque l'apparition d'une énorme quantité de matières colorantes, rouge foncé. En même temps se produit un disque d'albumine dont la hauteur s'accroît à mesure que l'heure avance : puis bientôt survient un double disque (disque d'urates, disque d'albumine). Vers quatre ou cinq heures, le disque d'albumine s'est considérablement aminci, puis disparaît; le disque d'urates seul persiste jusqu'à la fin de la journée. De sept heures à onze heures, les urines sont normales. A ce moment, dans certains cas rares, on peut constater un deuxième cycle.

C. — L'ALBUMINURIE DIGESTIVE apparaît aussi dans des conditions toujours identiques; parfois c'est sous l'influence du seul acte digestif que l'albumine apparaîtra dans certaines mictions; plus souvent c'est la qualité de l'aliment qui entre en jeu : un aliment déterminé, le lait, la viande, etc., fera seul apparaître l'albumine dès qu'il sera ingéré. Rappelons ici les travaux de Lecorché et Talamon, de Castaigne et Rathery sur l'albuminurie par absorption de blancs d'œufs. On a décrit aussi des albuminuries digestives en rapport avec des lésions gastro-intestinales, des affections hépatiques. Nous aurons plus tard l'occasion de nous étendre davantage sur ce sujet.

D. — On a décrit une ALBUMINURIE DE FATIGUE (Leube, Capitan) se produisant après les exercices violents et soutenus; une albuminurie survenant à la suite de bains froids...

Un caractère est commun à toutes ces formes d'albuminurie : elles apparaissent toujours dans des conditions déterminées, sous l'influence de la cause provocatrice. Ce sont des albuminuries intermittentes régulières.

2<sup>o</sup>) C'est à ces albuminuries intermittentes régulières, si schématiques dans leur expression clinique et d'ailleurs les plus connues, quoique plus rares, que nous voulons opposer les albuminuries intermittentes irrégulières, infiniment plus fréquentes en pratique. Ici « l'albuminurie surviendra à des heures différentes de la journée, sera ou non influencée par telle ou telle cause :

tel aliment fera certains jours apparaître l'albumine dans les urines; qui chez le même sujet restera sans effet le jour suivant; tel sujet sera certains jours sensible à l'orthostatisme, qui sera sans influence sur l'excrétion albumineuse vingt-quatre ou quarante-huit heures après ».

L'intermittence peut d'ailleurs être absolue ou relative :

*Absolue*, lorsque l'albumine n'existe que dans certaines mictions et fait complètement défaut en d'autres; c'est la plus typique.

*Relative*, lorsque la quantité d'albumine émise à certaines mictions est plus intense qu'à d'autres.

Il n'y a, il faut le dire, rien d'absolu dans cette classification. Nous verrons qu'on peut trouver chez un même malade une albuminurie intermittente absolue certains jours, relative en d'autres, et chez lequel pendant une période plus ou moins longue on ne retrouvera plus trace d'albumine. Nous en publions quelques observations.

Ici, comme ailleurs dans les sciences naturelles, il n'y a pas de différences absolument tranchées, de fossé infranchissable; nous retrouvons tous les intermédiaires, tous les maillons d'une longue chaîne entre les individus normaux d'une part, et d'autre part les malades qui présentent une albuminurie continue, permanente et irréductible.

## II. — Technique à employer.

Les albuminuries intermittentes irrégulières sont peu connues. Elle sont pourtant extrêmement fréquentes. Si elle sont jusqu'ici passé complètement inaperçues, c'est que pour les déceler, il faut savoir les rechercher.

M. Rathery conseille pour leur recherche d'employer la technique suivante :

A. — Le recueil fractionné des urines.

B. — La mise en œuvre des diverses épreuves.

A. — **Recueil fractionné des urines.** — *a)* Le malade ne fera que deux repas par jour, un à midi et un le soir à sept heures; il ne prendra rien dans l'intervalle (pas de petit déjeuner).

*b)* Il recueillera les urines dans des bouteilles séparées qu'il aura eu le soin de numéroté :

1° Urines en se levant.

2° Urines depuis le lever jusqu'au déjeuner.

3° Urines depuis le déjeuner jusqu'à quatre heures.

4° Urines depuis quatre heures jusqu'au dîner.

5° Urines depuis le dîner jusqu'au coucher.

6° Urines depuis le coucher jusqu'au lendemain matin.

Lever à la même heure que la veille; uriner à ce moment. Il est intéressant, quand on le peut, de diviser les urines de la nuit et de recueillir les urines à quatre heures du matin.

B. — **Epreuves.** — Les épreuves devront porter sur plusieurs jours. On devra mettre le malade à des régimes différents, le soumettre à des modes de vie variés, noter

les différents facteurs qui ont pu avoir quelque influence.

Voici la façon dont nous avons procédé :

Nous avons, tout en étant obligé de tenir compte des circonstances individuelles et de l'état du malade, mis les patients à des régimes successifs.

1° Pendant plusieurs jours (en moyenne quatre jours) nous avons mis le malade au *régime ordinaire* (viande, légumes, farineux, fruits cuits) au repas de midi et au repas du soir.

2° Pendant plusieurs jours au régime *lacto-végétarien avec viande à midi seulement*.

3° Pendant plusieurs jours au régime *lacto-végétarien* (lait, légumes, farineux, fruits cuits).

4° Pendant plusieurs jours au régime *végétarien* intégral (légumes, pâtes alimentaires, farineux, fruits cuits).

5° Pendant plusieurs jours au régime *lacté* absolu.

6° Pendant vingt-quatre heures au régime *hydrique* (tisane de queue de cerise ou de stigmaté de maïs).

Pour étudier l'influence de l'orthostatisme, nous avons mis le malade au repos complet, *couché* pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, en le priant de ne se lever sous aucun prétexte.

Nous avons dans ces conditions recueilli les urines en le mettant successivement au régime ordinaire, au régime lacté, parfois même au régime hydrique.

Nous avons consigné les travaux pénibles auxquels le malade s'est livré, et avons cherché à noter l'influence de la fatigue sur la quantité et le mode d'élimination de l'albumine.

Pour la recherche de l'albumine, nous nous sommes

servi du procédé de la chaleur : après avoir filtré les échantillons d'urine (1), nous en avons rempli aux  $\frac{2}{3}$  un tube à essai et porté la partie supérieure sur la flamme d'un bec Bunsen, en ayant soin d'ajouter après ébullition deux ou trois gouttes d'une solution au  $\frac{1}{10}$  d'acide acétique. Nous nous sommes servi d'un fond noir pour pouvoir apprécier plus facilement un trouble même très léger. Nous avons désigné dans nos observations par « traces » les cas dans lesquels l'albumine était nettement appréciable sur un fond noir, par le signe + ceux où l'albumine formait un louche net, par le signe ++ ceux où l'albumine était très abondante. Il aurait été intéressant de faire le dosage de l'albumine pour chaque échantillon dans chacune des épreuves auxquelles nos malades ont été soumis. Nous ne nous sommes pas servi du tube d'Esbach à cause de son infidélité. Quant à la méthode des pesées, la seule qui puisse donner des indications intéressantes, nous ne l'avons pas employée pour des raisons d'ordre matériel.

### III. — Causes d'erreur à éviter.

Il y a dans l'interprétation de ces albuminuries intermittentes des causes d'erreur à éviter.

A. — Il faut tout d'abord éliminer celles qui peuvent provenir de la fermentation des urines. Ceci prend une certaine importance pendant les fortes chaleurs; aussi ne croyons-nous pas inutile de donner quelques détails. On recommandera au malade de nettoyer soigneusement

(1) Nous avons souvent, surtout dans les cas douteux, ajouté à saturation du sulfate de soude.

(ou même dans certaines circonstances de laver avec un antiseptique ou de faire bouillir) les bouches dans lesquels on recueillera les échantillons d'urine; il ajoutera dans chacun d'eux un assez gros cristal de thymol; il tiendra les urines au frais pendant les vingt-quatre heures que durera l'épreuve (en les mettant, s'il le faut, dans de l'eau froide qu'il renouvellera).

B. — Le Fur, Besançon et Cœur dans sa thèse, attirent l'attention sur les albuminuries d'origine génitale. Elles seraient dues chez la femme à la leucorrhée, à des sécrétions vaginales. Chez l'homme, elles auraient une origine séminale ou prostatique; on en rencontrerait chez les nerveux, les prostatiques, les blennorragiques chroniques; ces albuminuries seraient permanentes ou intermittentes; on les rencontrerait après la station debout, la marche, les efforts de défécation, le massage de la prostate. Elles pourraient se reconnaître à l'examen chimique (réactif de Grimbert), à l'examen histologique, à l'examen clinique (n'apparaissant que dans la première ou surtout dans la dernière partie de la miction). « Toutes les albuminuries physiologiques ou intermittentes, disent Le Fur et Cœur, qui évoluent sans l'apparition de phénomènes rénaux, devront, à notre avis, être rapportées à des albuminuries d'origine génitale. »

Nous avons recherché ces albuminuries génitales, et elles nous semblent bien moins fréquentes que ne le pensent ces auteurs. Aussi ne pouvons-nous les suivre dans leurs conclusions. Quoi qu'il en soit, on se gardera, bien entendu, d'examiner les urines fractionnées pendant la

période menstruelle, ou chez les femmes qui présentent des écoulements purulents.

C. — Enfin, il faut se mettre en garde contre la présence possible dans l'urine des **pseudo-albumines** qui, d'après Grimbert, peuvent être une cause trop fréquente d'erreur. Cet auteur conseille d'avoir recours au procédé à l'acide citrique, préconisé autrefois par Lecorché et Talamon, et mis au point par Grimbert et Dufau :

Après s'être assuré de la réaction acide naturelle de l'urine et l'avoir étendue de son volume d'eau, on verse dans un tube à essai quelques centimètres cubes d'acide citrique (solution concentrée : 100 grammes d'acide citrique dans 75 grammes d'eau distillée) et à l'aide d'une pipette effilée, on dépose à la surface de l'acide une couche d'urine de 3 à 4 centimètres de hauteur en évitant tout mélange.

On opère de la même manière dans un second tube avec de l'acide azotique (réaction de Haller).

Si l'urine contient de la pseudo-albumine, on aura au point de contact avec l'acide citrique une zone nébuleuse. Si l'urine contient de l'albumine, elle restera limpide au contact de l'acide citrique, et donnera au contact immédiat de l'acide azotique un disque opaque plus ou moins épais.

Notons cependant que cette réaction, qui peut donner des résultats intéressants lorsque l'albumine se trouve en quantité appréciable dans une urine, est bien moins sensible que le procédé de la chaleur, surtout lorsque l'on fait usage du fond noir.

## CHAPITRE III

### ÉTUDE CLINIQUE DES ALBUMINURIES INTERMITTENTES IRRÉGULIÈRES

#### A. — Exposé analytique.

Nous allons rapporter ici un certain nombre d'observations d'albuminuries intermittentes irrégulières, qui ont été recueillies à la consultation de l'hôpital Tenon. Quelques-uns de nos malades ont été suivis pendant un laps de temps parfois fort long.

Nous ajouterons que l'on a fait chez certains malades des épreuves complémentaires : recherche de la perméabilité rénale, épreuve du bleu de méthylène, dosage de l'urée dans l'urine et dans le sang. Nous n'avons pas cru devoir en consigner ici les résultats, cette étude ne rentrant pas dans le cadre que nous nous sommes tracé.

Nous rappelons, pour la lecture des tableaux qui accompagnent nos observations, que, tout en tenant compte des circonstances individuelles, nous avons mis nos malades à des régimes successifs :

Régime ordinaire.

Régime lacto-végétarien avec viande à midi seulement.

Régime lacto-végétarien.

Régime végétarien.

Régime lacté.

Régime hydrique.

Nous rappellerons (voir p. 21) que nous avons désigné par le signe ++ une albuminurie abondante, par + une albuminurie nette, par *Traces* des traces seulement; que nous avons recueilli pendant une période de vingt-quatre heures à des heures déterminées, six échantillons d'urine que nous avons désignés par les n<sup>os</sup> 1, 2, 3... 6 (voir p. 19).

Nous avons divisé nos tableaux en autant de cases que nous avons pratiqué de fois l'examen fractionné des urines.

Au-dessous de la date, dans les lignes verticales, on trouvera six colonnes qui correspondent aux six échantillons d'urine.

En face du régime, dans les lignes horizontales, on trouvera des colonnes qui indiquent la quantité d'albumine contenue dans un échantillon déterminé.

Nous avons désigné par un zéro les examens dans lesquels on n'a pu retrouver trace d'albumine dans aucun des six échantillons.

#### Observation n<sup>o</sup> 1.

(Due à l'obligeance de M. RATHERY).

Mlle Gueud.: 17 ans. — Elle vient à la consultation de Tenon le 4 juin 1911. C'est une malade pâle, anémique, légèrement amaigrie, qui a eu dans son jeune âge une série de maladies infectieuses, et qui a été soignée il y a quelques

années, pour de la tuberculose pulmonaire. Elle a été réglée à 13 ans. Elle présente actuellement des lésions légères du sommet droit; sa tension est de 17 au sphygmomanomètre de Potain, pas de bruit de galop. L'examen des urines, pratiqué le premier jour de sa visite, décèle un gros nuage floconneux d'albumine.

On met la malade au régime lacté.

8 juin. — Examen des urines (voir le tableau).

9 juin. — Régime lacto-végétarien + 100 grammes de viande à midi hypochloruré. Chlorure de calc. : 0 gr. 20 et pil. d'arsen. Poids : 44 kilogr. 600.

15 juin. — Examen des urines.

16 juin. — Poids : 45 kilogr. 590; même régime, cachet de noix vomique.

29 juin. — Examen des urines. La malade a présenté quelques épistaxis. Même régime.

2 juillet. — Examen des urines.

3 juillet. — On cesse le chlorure de calc.; les épistaxis ont cessé. On met la malade au régime ordinaire.

8 juillet. — Examen des urines. Poids : 47 kilogrammes.

On donne 75 centigrammes de chlor. de calc. Même régime.

29 juillet. — Examen des urines. Bon état général. Poids : 46 kilogr. 650.

La malade est mise au régime lacto-végétarien.

1<sup>er</sup> août. — Examen des urines. Même régime.

5 août — Examen des urines. Poids : 46 kilogr. 600.

On conseille de saler très légèrement des aliments. Même rég.

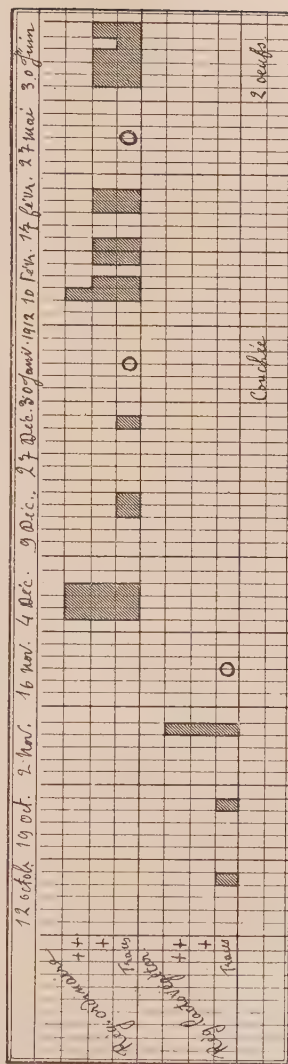
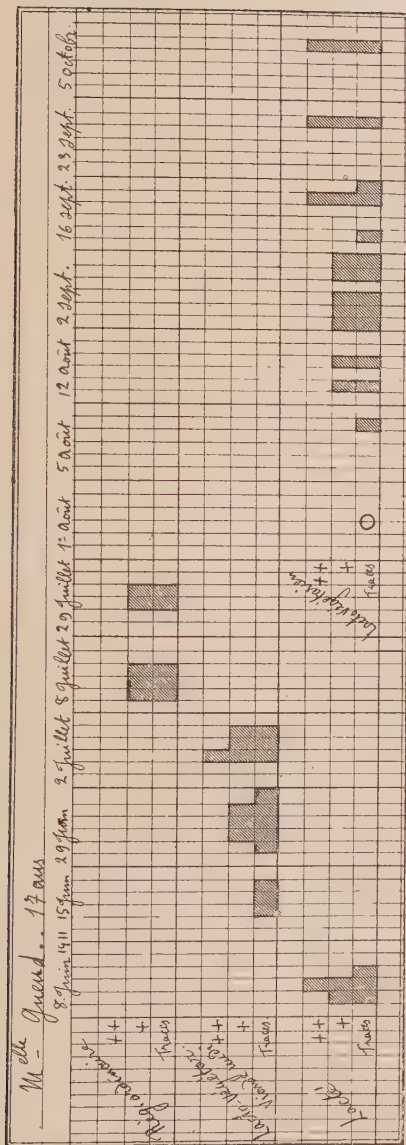
12 août. — Examen des urines.

2 septembre. — Même régime. Examen des urines.

16 septembre. — Même régime. Examen des urines. Poids : 47 kilogr. 720.

23 septembre. — Même régime. Examen des urines. Poids : 48 kilogr. 660.

5 octobre. — Même régime. Examen des urines. Poids : 48 kilogr. 340.



OBSERVATION I.

12 octobre. — Même régime. Examen des urines. Poids : 48 kilogr. 780.

19 octobre. — Même régime. Examen des urines. Poids : 49 kilogr. 600.

2 novembre. — Même régime. Examen des urines. Poids : 48 kilogr. 830.

16 novembre. — Même régime. Examen des urines. Poids : 48 kilogr. 980.

17 novembre. — On met la malade au régime ordinaire. Elle se fatigue davantage.

4 décembre. — Examen des urines.

Même régime. Chlorure de calc. : 0 gr. 30.

9 décembre. — Examen des urines. Poids : 49 kilogr. 400. Même régime. 27 décembre. — Examen des urines. Même régime.

30 janvier 1912. — La malade est restée couchée toute la journée. Examen des urines.

10 février. — Même régime. La malade est restée debout. Examen des urines.

11 février. — Arsenic et fer. Chlor. de calc. : 0 gr. 50.

17 février. — Même régime. Examen des urines. Poids : 49 kilogr. 500.

27 mai. — Régime ordinaire. — Examen des urines. Poids : 49 kilogr. 500.

30 juin. — Régime ordinaire + 2 œufs. Poids : 50 kilogr. 900.

Cette observation est particulièrement intéressante, puisque la malade a été suivie pendant plus d'un an. Nous voyons que le type d'intermittence a été éminemment variable, ces intermittences ayant été parfois conditionnées par la fatigue, l'alimentation, tandis qu'à d'autres moments, ces mêmes facteurs semblaient sans influence.

Ajoutons que notre malade a augmenté de poids et que son état général est beaucoup plus satisfaisant.

**Observation n° 2.**

(Due à l'obligeance de M. RATHERY).

Mlle Vér... Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans.

Réglée à 14 ans et demi, elle a présenté dans l'enfance une série de maladies infectieuses.

Au mois de juillet 1911, la malade est venue consulter pour des chutes, durant une vingtaine de minutes pendant lesquelles elle se débattait, raconte-t-elle, et qui ne s'accompagnaient ni de pertes d'urines, ni de morsure de la langue. Ces crises se renouvelaient environ tous les mois, et étaient indépendantes du moment des règles. Depuis le mois de juillet aucune crise ne s'est reproduite.

On découvre une albuminurie assez abondante, qui forme un gros nuage floconneux.

La tension est normale, pas de bruit de galop.

On met la malade au régime lacto-végétarien.

19 août. — Examen des urines (voir le tableau).

La malade est mise d'abord au régime lacté, puis au régime végétarien, sans sel, avec des cachets de kola et de noix vomique.

Le 3 décembre, étant depuis quelques jours au régime du lait, du pain et des farineux on découvre à peine quelques traces d'albumine.

On lui donne de la viande une fois par jour.

10 décembre. — La malade a dû cesser de prendre de la viande en raison de quelques douleurs lombaires. On note un louche d'albumine.

Tension : 16; pas de bruit de galop. Poids : 51 kilogr. 100.

Depuis le 18 décembre, la malade suit le régime déchloruré avec viande au repas de midi seulement.

31 décembre. — Examen des urines.

Poids : 51 kilogr. 100. Tension : 16 à 17.

On conseille le régime sans sel et sans viande.

3 janvier 1912. — On ne trouve pas d'albumine dans les urines du matin.

5 janvier. — La malade, qui est au régime lacto-végétarien déchloruré depuis quelques jours rapporte ses urines. Examen des urines (Tableau).

6 janvier. — La malade a pris de la viande au repas de midi. Examen des urines.

La malade, pendant ces deux journées, a mené exactement la même vie, s'est levée et s'est couchée aux mêmes heures.

7 janvier. — La malade est mise au régime lacto-végétarien sans sel. On lui donne un cachet d'extrait d'ovaire.

18 janvier. — La malade est prise d'une crise analogue aux anciennes qui a duré une vingtaine de minutes. Elle a ses règles.

21 janvier. — Traces d'albumine dans les urines du matin.

On met la malade au régime lacto-végétarien sans sel.

28 et 29 janvier. — Examen des urines.

30 janvier. — 2 œufs au repas du midi.

Albumine dans aucun des 3 échantillons que rapporte la malade.

On met la malade au régime ordinaire + un peu de sel.

3 février. — Rien dans les 6 tubes. Même régime.

10 février. — Examen des urines. Poids : 50 kilogr. 100. On donne 30 centigrammes de chlor. de calc. Même régime.

17 février. — La malade est restée couchée. Examen des urines.

18 février. — Régime lacto-végétarien + 100 grammes de viande à midi. Chlor. de calc. : 0 gr. 40.

24 février. — Examen des urines.

25 février. — Pilules arsenic et fer pendant 3 jours. Même régime.



2 juin. — Examen des urines. Poids : 49 kilogr. 400.

3 juin. — Régime ordinaire. On supprime le chlor. de calc.

22 juin. — Examen des urines. Poids : 48 kilógrammes.

6 juillet. — Régime ordinaire. La malade se plaint de maux de tête. Pouls 92. Poids. 49 kilogr. 200. Examen des urines.

7 juillet. — Régime. Viande à midi seulement.

Glycérophosphate et noix vomique.

3 août. — Se plaint toujours de maux de tête. Examen des urines.

4 août. — Régime ordinaire. 2 cuillerées à café de valériante.

24 août. — Examen des urines.

Régime ordinaire déchloruré. Poids : 50 kilogr. 500.

9 septembre. — Examen des urines.

10 septembre. — Régime ordinaire.

23 septembre. — Examen des urines. Poids : 51 kilogr. 300.

En résumé, l'albuminurie semble avoir été parfois influencée plus par la fatigue, que par la station debout proprement dite : le régime carné a été le plus souvent sans influence néfaste, bien au contraire. Enfin, avec un même régime et dans les mêmes conditions d'effort physique (situation debout ou couchée), on a constaté des variations fort nettes.

### Observation n° 3.

Mme Delaig... 33 ans, couturière.

La malade vient à la consultation parce que depuis deux ans elle se plaint de maux de tête, étourdissements, maux de reins, quelques palpitations.

Antécédents héréditaires : parents bien portants.

Antécédents personnels : scarlatine à 4 ans; rougeole à 15 ans.

Deux grossesses à terme, normales. A la fin de la seconde



En février 1910, la malade va à Saint-Antoine pour une grosse albuminurie. On la met d'abord au lait, puis au pain sans sel et aux légumes verts. Elle quitte l'hôpital, mais y revient toutes les semaines pour être examinée par M. Deffins, qui continue à la suivre à l'hôpital Tenon. La malade, depuis qu'elle est traitée, constate une amélioration très notable.

La malade revient consulter le 23 mai 1912.

On pratique alors l'examen des urines fractionnées.

Elle est mise au régime ordinaire + théobromine : 0 gr. 50.

28 mai. — Examen d'urines (voir le tableau).

29 mai. — On la met au régime lacto-végétarien + théobromine 0 gr. 50.

3 juin. — Examen d'urines.

4 juin. — Régime lacté absolu + théobromine : 0 gr. 50.

8 juin. — Examen d'urines.

9 juin. — Régime végétarien, pâtes, pas de lait. On supprime la théobromine.

25 juin. — Examen d'urines.

26 juin. — Rég. lacto-végétarien + 150 grammes de viande à midi.

3 juillet. — Examen d'urines.

4 juillet. — Régime végétarien sans lait + 150 grammes de viande à midi.

10 juillet. — Examen d'urines.

11 juillet. — Régime ordinaire.

17 juillet. — Examen d'urines. La malade a fait le matin et l'après-midi des courses à pied qui l'ont fatiguée.

16 juillet. — Régime végétarien + viande à midi.

26 juillet. — Examen d'urines.

27 juillet. — Régime végétarien.

30 juillet. — Examen d'urines.

Dans cette observation, l'albuminurie est intermittente absolue et tout à fait irrégulière. Il est impossible de relever l'influence soit de la fatigue, soit de l'alimenta-

tion. Tel régime donnera des urines albumineuses dans plusieurs échantillons qui, à quelques jours d'intervalle, n'en donnera plus du tout. Il semble cependant que le régime végétarien soit celui qui favorise le moins la production de l'albuminurie.

#### Observation n° 4.

Mme Baudrill..., 37 ans, lingère.

La malade vient consulter parce qu'elle présente de l'œdème des membres inférieurs et des paupières, quelques palpitations, une vive céphalée et des douleurs lombaires.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : rougeole à 8 ans ; varicelle à 9 ans.

Réglée à 13 ans et demi régulièrement.

En 1902, grippe infectieuse avec otite ; a été soignée pendant 1 mois. Deux enfants vivants, puis 2 avortements l'un de trois mois, l'autre de 1 mois et demi. Curettage. Entérite en 1906. Il y a 6 ans aussi, on aurait constaté un rein mobile ; mais dans les derniers jours de mars, M. Grégoire qui examine la malade, n'en trouve pas.

La malade porte une ceinture.

Histoire de la maladie. — Depuis 1906, la malade se plaint de maux de tête, faiblesse, douleurs lombaires vives, d'œdème des membres inférieurs. Ces troubles s'accompagnent de vertige, de gêne respiratoire, de douleurs précordiales. Pas de troubles oculaires, pas de brouillards, ni de mouches volantes.

Depuis le mois de janvier, l'œdème augmente et tend à se généraliser ; les vêtements deviennent trop étroits.

Au mois de mars, elle se décide à consulter un médecin qui, à son grand étonnement, ne trouve pas d'albumine dans les urines.

Pas de troubles dyspeptiques, mais constipation opiniâtre.

Le 15 avril, la malade vient à la consultation. On lui dit de rapporter ses urines fractionnées.

Examen. — Poumons normaux.

Cœur : pas de galop. Tension artérielle (Potain) : 18. Pouls : 84.

La malade a des règles très douloureuses, qui durent 4 jours; puis les douleurs, qui étaient localisées dans l'abdomen et la région lombaire, se calment pendant cinq jours, pour reprendre au moins aussi douloureuses pendant une huitaine de jours. Ce cycle assez régulier se reproduit à peu près tous les mois.

On met la malade au régime ordinaire.

20 avril. — Examen d'urines.

21 avril. — La malade a une céphalée assez intense.

On la met au régime lacto-végétarien + théobromine.

30 avril. — Examen d'urines.

31 avril. — La malade se sent beaucoup mieux; la céphalée a beaucoup diminué. On met la malade au régime lacto-végétarien.

6 mai. — Examen d'urines.

7 mai. — On met la malade au régime lacto-végétarien + 100 grammes de viande à midi.

14 mai. — Examen d'urines (la malade a remplacé le 13 mai la viande par le poisson).

15 mai. — La malade reste au lacto-végétarien + 100 grammes de viande à midi.

21 mai. — Examen d'urines. Tension artérielle (Pachon) : 14.

22 mai. — La malade est mise au régime ordinaire.

25 mai. — Examen d'urines.

26 mai. — Régime ordinaire. La malade recueillera ses urines en restant couchée toute la journée.

28 mai. — Examen des urines (couchée).

29 mai. — Même régime. La malade recueillera ses urines le jour où elle fera sa lessive.

31 mai. — Examen des urines. Quoique s'étant fatiguée à faire sa lessive, la malade se sent mieux, ne se plaint plus des

M<sup>rs</sup> Bandrill, 3045 Lincoln

|                     |        |        |        |        |        |       |       |        |       |        |        |        |         |        |
|---------------------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|-------|--------|-------|--------|--------|--------|---------|--------|
| 20 April - 30 April | 6 Wren | 14 Mar | 21 Mar | 25 Mar | 31 Mar | 3 Apr | 8 Apr | 18 Apr | 3 May | 10 May | 29 May | 3 June | 26 July | 3 Oct. |
|---------------------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|-------|--------|-------|--------|--------|--------|---------|--------|

2

20

22

2

44

+

Y  
K  
Toss

2011

十  
十

一  
二

truss

10

+

十

trans.

## Observations

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

Couché fatigue oerine

Two Lit.

ends.

### OBSERVATION IV.

douleurs lombaires et abdominales. C'est la première fois depuis plus de 6 mois.

1<sup>er</sup> juin. — Régime ordinaire.

3 juin. — Examen d'urines.

4 juin. — La malade commence à souffrir des reins. Elle va prendre jusqu'au moment de ses règles, c'est-à-dire jusqu'au 10 juin, de l'extrait d'ovaire.

8 juin. — Les douleurs dans le bassin ne sont pas revenues; à peine quelques vagues douleurs lombaires.

Examen d'urines.

9 juin. — Régime ordinaire.

18 juin. — Examen d'urines.

19 juin. — Viande à midi seulement.

26 juin. — Examen d'urines.

La malade se plaint de violentes douleurs dans les reins qui la gênent dans son travail.

27 juin. — Régime lacto-végét. + 100 grammes de viande à midi.

3 juillet. — Examen d'urines.

4 juillet. — Lacto-végétarien + 100 grammes de viande à midi. On supprime le lait.

10 juillet. — Examen d'urines.

11 juillet. — Régime ordinaire.

22 juillet. — Examen d'urines.

23 juillet. — Régime ordinaire.

26 juillet. — La malade prend en plus 4 œufs crus au repas de midi.

Examen d'urines.

27 juillet. — Régime ordinaire, lait.

30 juillet. — Examen d'urines.

Cette malade présentait une albuminurie intermittente absolue irrégulière, puisque avec un régime donné, régime ordinaire ou lacto-végétarien avec viande

à midi seulement, tantôt elle ne présentait pas trace d'albumine, tantôt et sans qu'on put savoir pourquoi, elle en présentait des quantités assez notables. Cette albuminurie ne semblait influencée ni par la fatigue, ni par la station couchée, ni même par l'absorption de blanc d'œufs. Il est à remarquer qu'avec le régime lacto-végétarien et le lait, cette malade n'a pas présenté d'albuminurie. Quoiqu'il en soit, son état s'est beaucoup amélioré, et tandis que les mictions albumineuses étaient fréquentes au début, elles sont devenues tout à fait exceptionnelles à la fin.

#### Observation n° 5.

Mme Brecq..., 21 ans, cannetilleuse.

La malade vient consulter le 29 février pour des douleurs articulaires surtout nettes au genou droit. A l'examen, on note uniquement de la douleur à la pression.

Le cœur est accéléré. On soupçonne un souffle présystolique.

L'examen des urines ne décèle rien d'anormal.

Antécédents : chorée, de 5 ans à 11 ans et demi.

A 13 ans, crise de rhumatisme articulaire aigu. La malade a dû s'aliter pendant une quinzaine de jours.

Depuis l'âge de 11 ans, la malade s'essouffle facilement quand elle court, quand elle monte les escaliers; mais cela surtout depuis 6 mois.

4 mars 1912. — Souffle présystolique semble net. On pense au rétrécissement mitral.

9 mars. — Souffle présystolique au foyer mitral. Pouls régulier. Tension artérielle = 14.

19 mars. — Souffle présystolique. Pouls : 120. Tension artérielle : 15.



seille à la malade de revenir, en rapportant ses urines fractionnées de 24 heures.

La malade est au régime ordinaire.

26 juin. — Examen des urines (voir le tableau ci-contre).

Tension artérielle : 17 (au Pachon).

La malade se plaint de douleurs stomacales vives, s'accompagnant de quelques vomissements. Ces douleurs ne sont pas continuës et surviennent avant comme après les repas.

La malade reste au régime ordinaire.

29 juin. — Examen d'urines.

On met la malade au régime lacto-végétarien.

3 juillet. — Examen d'urines.

4 juillet. — On constate un petit souffle présystolique et une arythmie très nette. On donne à la malade 1 granule par jour de 1/10 de milligramme de digitaline pendant 3 jours.

On met la malade au régime lacté absolu.

7 juillet. — Examen d'urines.

8 juillet. — La malade se sent mieux; le cœur est plus régulier. On met la malade au régime lacto-végétarien.

22 juillet. — Examen d'urines.

23 juillet. — Cœur régulier. On n'entend plus de souffle.

On met la malade au lacto-végétarien + 100 grammes de viande à midi.

27 juillet. — Examen d'urines.

28 juillet. — On met la malade au régime végétarien.

31 juillet. — Examen d'urines.

Le cœur est régulier. On perçoit un souffle présystolique.

La malade se plaint de quelques maux de tête.

Cette observation est intéressante en ce qu'elle nous montre ici une albuminurie intermittente absolue à type irrégulier dans une première période, qui disparaît complètement dans une seconde; cette albuminurie semble bien être sous l'influence de l'état cardiaque

et du trouble circulatoire, puisqu'elle disparaît à la suite du régime, du repos et surtout de la digitale. Notons que, d'une part, à l'examen d'une seule miction on n'avait pas retrouvé d'albumine, et d'autre part, qu'à la suite du traitement institué, l'état général de notre malade s'est beaucoup amélioré.

#### Observation n° 6.

Mme Mor..., Marthe, 34 ans, mécanicienne.

La malade vient consulter à l'hôpital le 10 juin, parce qu'elle a les jambes enflées depuis une dizaine de jours, et qu'elle est essoufflée depuis plusieurs mois.

Antécédents héréditaires : père mort de pleurésie ; mère bien portante.

Antécédents personnels : coqueluche dans l'enfance.

Réglée à 13 ans, régulièrement.

Un enfant vivant ; pas d'avortements.

Histoire de la maladie. — Depuis 3 ans, la malade se plaint d'affaiblissement progressif, et se fait soigner depuis cette époque pour de l'emphysème. Elle se plaignait de dyspnée, surtout dyspnée d'effort ; incapable de monter les escaliers. Pas de céphalée, pas de douleurs lombaires. Depuis un mois, la malade se plaint de troubles de la vue, mouches volantes. Quelques crampes rares dans les mollets, pas de doigt mort ; pas de bourdonnements d'oreille. Quelques vomissements depuis une dizaine de jours, quelques douleurs après les repas, éructations, mais pas de vomissements alimentaires.

Depuis une huitaine de jours, elle présente de l'œdème des membres inférieurs pour lequel elle vient consulter à l'hôpital.

Examen. — Œdème notable des membres inférieurs.

Cœur : bruit de galop. Tension artérielle : 21.

Poumons : inspiration humée (surtout aux sommets).

Expiration prolongée. Pas de râles.



17 juin. — Examen d'urines.

Poids : 81 kilogr. 900. Les œdèmes ont complètement disparu.

18 juin. — Régime : lait, farineux sans sel ; pas de théobromine.

21 juin. — Examen d'urines.

22 juin. — Poids 82 kilogr. 500, léger œdème malléolaire, la malade se sent un peu essouffée en montant les escaliers.

On met la malade au régime lacté absolu.

24 juin. — Examen d'urines.

25 juin. — Poids : 82 kilogrammes.

26 juin. — On met la malade au régime végétarien déchloruré.

30 juin. — Examen d'urines.

31 juin. — On constate encore un léger œdème. On met la malade au régime lacto-végétarien déchloruré + viande à midi.

8 juillet. — Examen d'urines.

9 juillet. — A peine un léger œdème. Poids : 81 kilogrammes. Régime ordinaire déchloruré.

13 juillet. — Examen d'urines.

14 juillet. — L'œdème malléolaire a complètement disparu. Poids 78 kilogr. 800. Régime ordinaire.

17 juillet. — 4 œufs crus à midi. Examen d'urines.

18 juillet. — Régime : viande midi et soir + 2 œufs à midi.

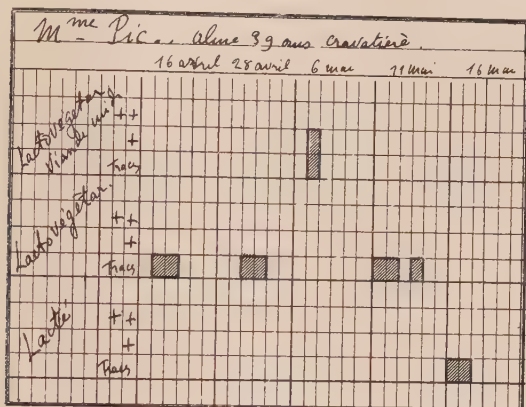
22 juillet. — Examen d'urines.

Cette observation est intéressante en ce qu'elle nous montre chez une femme qui présente des signes nets de néphrite chronique, un type d'albuminurie intermittente irrégulière absolue. Ici on ne peut retrouver l'influence d'aucun facteur. Seule l'influence des œufs sur la production de l'albuminurie peut être notée.

Observation n° 7.

Mme Pic..., Aline, 39 ans, cravatière.

La malade vient à la consultation dans les premiers jours d'avril, parce que depuis un mois environ, son pied gauche est enflé, et qu'elle ressent depuis la même époque des fourmillements et quelques douleurs articulaires.



OBSERVATION VII.

Antécédents héréditaires : père mort de fluxion de poitrine; mère actuellement bien portante; mais parents nettement alcooliques. A noter aussi que la grand'mère paternelle et le père ont présenté pendant plusieurs années des crises d'asthme (?) et que la sœur âgée de 41 ans présenterait depuis plusieurs années de l'œdème des membres inférieurs.

Antécédents personnels : réglée à 15 ans régulièrement, règles très abondantes d'une durée de 6 à 8 jours.

1<sup>re</sup> grossesse en 1895. — La malade aurait eu, au dire de la sage-femme, quelques attaques frustres d'éclampsie : on n'aurait pas trouvé d'albumine dans les urines, mais le médecin, qui a terminé l'accouchement par une application de

forceps, aurait trouvé dans le placenta des lésions de placenta albuminurique. Suites de couches normales, mais faiblesse qui a persisté pendant longtemps.

2<sup>e</sup> grossesse en 1898. — Au 3<sup>e</sup> mois, hémorragie assez abondante qui aurait duré pendant 2 jours; injections chaudes; pas d'albuminurie. Accouchement normal.

3<sup>e</sup> grossesse en 1900. — Grossesse normale.

Scarlatine probable en 1908, frustre.

Toujours très anémiée, très nerveuse. La malade se plaint depuis plusieurs années de maux de tête, de malaises, surtout accusés au moment des règles.

Constipation opiniâtre; pas de vomissements.

Examen. — Strabisme interne congénital de l'œil droit. Mais la malade dit que sa vue baisse depuis 3 ou 4 mois; elle a des brouillards devant les yeux; de temps à autre des mouches volantes. Quelques bourdonnements d'oreille.

Cœur : normal. Tension : 18 (Potain).

Poumons : rien.

Urines : traces d'albumine.

On met la malade au régime lacto-végétarien.

16 avril. — Examen des urines. (Voir tableau).

17 avril. — Même régime.

28 avril. — Examen d'urines.

29 avril. — Les maux de tête, les douleurs et l'enflure du pied ont disparu. On met la malade au régime lacto-végétarien + 100 grammes de viande à midi.

6 mai. — Examen des urines.

7 mai. — Quelques maux de tête. Régime lacto-végétarien.

11 mai. — Examen des urines.

13 mai. — Régime lacté absolu.

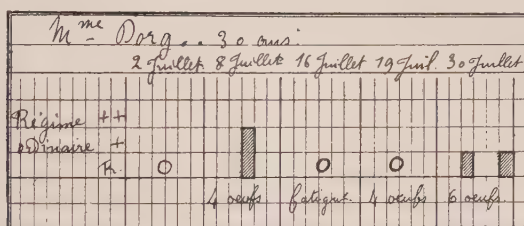
16 mai. — Examen des urines. La malade a eu le 15 mai de la céphalée, mais ne se plaint plus de somnolence et ressent un bien-être général.

### Observation n° 8.

(Due à l'obligeance de notre ami M. BINET,  
interne de la consultation).

Mme Dorg..., 30 ans. Vient consulter pour des palpitations et des étouffements; d'autre part, la malade se plaint de douleurs dans la région lombaire droite, s'accompagnant parfois de nausées.

La malade se plaint de ces troubles depuis près de 9 ans;



OBSERVATION VIII.

ceux-ci sont survenus à la suite d'un accouchement. Elle a fait il y a 6 ans un avortement.

A l'examen. — Rein mobile droit. Cœur et poumons normaux.

On pratique l'examen fractionné des urines.

2 juillet. — La malade est au régime ordinaire. Examen des urines (Voir tableau).

8 juillet. — Régime ordinaire. On fait prendre en plus à la malade 4 blancs d'œufs le matin en se levant. Examen des urines.

10 juillet. — Régime ordinaire; valériane.

16 juillet. — La malade s'est fatiguée, et a profité des fêtes pour danser jusqu'à trois heures du matin. Examen des urines.

19 juillet. — On recommence l'épreuve des œufs (4 blancs d'œufs absorbés à 6 heures du matin). Examen des urines.

30 juillet. — Régime ordinaire. On recommence l'épreuve des œufs, mais en donnant cette fois 6 blancs d'œufs à prendre. Examen des urines.

Cette observation est intéressante en ce qu'elle nous montre que chez cette malade, qui présente depuis longtemps un rein mobile, la fatigue seule ne provoque pas d'albuminurie. L'épreuve des œufs s'accompagne certains jours d'une miction albumineuse nette, alors que quelques jours après, on ne peut découvrir dans les mêmes conditions aucune trace d'albumine. Il faut 6 œufs dans une nouvelle épreuve pour provoquer l'apparition intermittente d'albuminurie qui est d'ailleurs d'un type différent.

#### Observation n° 9.

(Due à l'obligeance de notre ami M. BINET,  
interne de la consultation).

Mme Galis..., 26 ans, vient consulter le 31 mai 1912 pour des douleurs lombaires continues, augmentant par la marche. Ces douleurs datent de 6 ans et sont survenues à la suite d'un accouchement.

La malade présente d'autre part des troubles digestifs assez accusés : appétit capricieux, nausées, constipation. De plus, la malade est nerveuse. Toujours bien réglée.

Rien à signaler dans les antécédents. Pas de scarlatine, ni de fièvres éruptives; pas d'avortements.

A l'examen, on est frappé par l'état flasque de la paroi. L'examen des reins déceit une mobilité extrêmement développée. A la palpation, en effet, on perçoit dans l'abdomen à droite et à gauche, une masse lisse, assez sensible, qu'on peut mobiliser avec la plus grande facilité. La main qui palpe la

région lombaire permet de projeter le rein vers la main qui examine la région abdominale et cela des deux côtés.

Le cœur, les poumons sont normaux.

L'examen des urines, fait ce jour-là, même après la palpation des reins, ne contient pas d'albumine.

On pratique l'examen fractionné des urines.

2 juin. — Régime ordinaire  
Examen des urines (voir tableau).

9 juin. — Même régime. Après fatigue, examen des urines.

16 juin. — Régime ordinaire.  
Examen des urines.

27 juin. — Même régime. Examen des urines.

30 juin. — Même régime. Examen des urines.

4 juillet. — Même régime. Examen des urines.

7 juillet. — Même régime. Couchée, examen des urines.

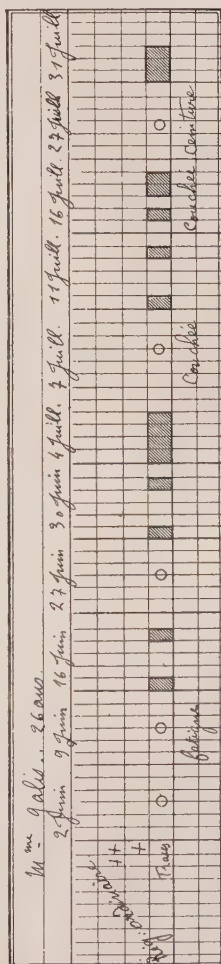
11 juillet. — Régime ordinaire.  
Examen des urines.

16 juillet. — Régime ordinaire.  
La malade reste couchée. Examen des urines.

17 juillet. — On fait porter une ceinture à la malade.

27 juillet. — Régime ordinaire.  
Vie normale. Examen des urines

31 juillet. — Régime ordinaire. Examen des urines.



OBSERVATION IX.

Cette malade, qui présente deux reins mobiles

remontant vraisemblablement à plusieurs années, est intéressante, car elle nous montre un type d'albuminurie intermittente irrégulière des plus nets.

#### Observation n° 10.

Mlle Achar..., 15 ans et demi, manutentionnaire.

La malade vient à la consultation de Tenon parce que depuis une quinzaine de jours, elle se plaint de maux de tête et de courbature.

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Antécédents personnels : pas de maladies de l'enfance.

En 1907, phlegmon du bras droit dont elle porte la cicatrice au coude. Le phlegmon, soigné à Trousseau, aurait été traité pendant près de 3 mois. Régée à 12 ans et demi régulièrement.

Histoire de la maladie. — Depuis une quinzaine de jours la malade se plaint de céphalée d'abord frontale, puis temporale et occipitale, gravitative, continuelle, mais ne l'empêchant pas de dormir. La nuit, cette céphalée est un peu calmée. L'appétit est un peu diminué, pas de vomissement, pas d'oppression. Quelques points douloureux précordiaux, pas de palpitations.

Aucun trouble oculaire, pas de brouillard. Ne présente pas d'œdème des membres inférieurs.

Examen. — Cœur : dans la région méso-cardiaque, souffle extra-cardiaque présystolique.

Poumons : normaux.

Tension artérielle : 15 1/2.

On pratique l'examen fractionné des urines.

7 mai. — Régime : lait 2 litres; viande matin et soir (bœuf et mouton); frictions à l'alcool camphré des membres. Noix vomique.

On fait le 13 mai l'examen des urines (voir tableau pour tous ces examens).

14 mai. — La malade va mieux; les maux de tête ont

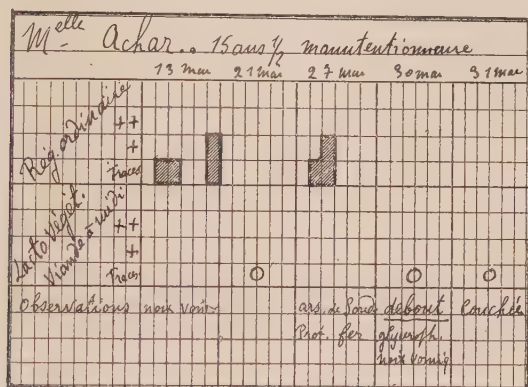
diminué 150 grammes de viande à midi seulement, pas de viande le soir. Réglée, reviendra mardi.

21 mai. — Examen des urines.

Poids : 44 kilogr. 600.

Les maux de tête ont beaucoup diminué; la malade se sent mieux.

22 mai. — On met la malade au régime ordinaire (150 grammes de viande à midi et 100 grammes le soir).



OBSERVATION X.

Arséniate de soude et protoxalate de fer.

27 mai. — Examen des urines.

Poids : 45 kilogr. 600.

Pas de maux de tête; plus de douleurs des membres.

28 mai. — La malade est mise au régime de la viande à midi (150 grammes) seulement, pas le soir.

Glycérophosphate et noix vomique.

30 mai. — Examen des urines debout.

31 mai. — Examen des urines couchée.

Cette observation nous montre une albuminurie intermittente, à allure irrégulière, qui n'apparaît que par

le régime ordinaire (viande midi et soir) alors que par le régime qui ne comporte de la viande qu'à midi seulement, on ne retrouve plus trace d'albumine. La station debout et couchée ne semblent pas avoir eu d'influence; il aurait été intéressant, si l'on avait pu le faire, de le vérifier avec le régime ordinaire.

#### Observation n° 11.

Mme Hugon..., 55 ans femme, de ménage.

La malade vient consulter à Tenon parce que depuis huit mois elle présente un œdème assez notable des membres inférieurs, ainsi que de l'œdème de la face et des membres supérieurs à la fin de la journée.

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Antécédents personnels : jamais de maladies de l'enfance.

Réglée à 14 ans régulièrement. 5 grossesses : 4 à terme, enfant vivant, un accouchement prématuré de 7 mois (3<sup>e</sup> grossesse).

On n'a jamais examiné les urines au cours des grossesses.

Une analyse d'urine faite en 1910 et une autre en 1911 n'ont montré aucune trace d'albumine.

Histoire de la maladie. — Depuis 7 mois, la malade présente de l'œdème des membres inférieurs qui a augmenté peu à peu.

Elle se plaint depuis la même époque de dyspnée, qui est presque toujours une dyspnée d'effort.

Crampes nombreuses dans les mollets, pas de doigt mort, pas de mouches volantes.

Depuis 2 ans, la malade se plaint d'envie de dormir qui se fait sentir très impérieuse maintenant, principalement après les repas : elle se pique, se pince pour pouvoir se tenir éveillée.

Examen. — Œdème des membres inférieurs assez notable ;  
bouffissure légère des paupières ; gros pannicule adipeux.

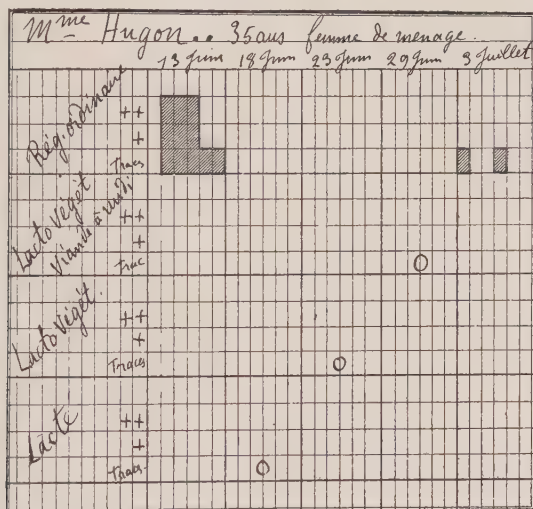
Pas de gros foie ; pas d'ascite.

Cœur : second bruit clangoreux.

Artères non sinueuses. Tension artérielle : 22 (Pachon).

Poumons : normaux.

Pupilles égales ; pas myosis.



OBSERVATION XI.

On met la malade au régime déchloruré (viande, midi et soir).

13 juin. — Examen des urines (voir Tableau).

14 juin. — Régime : lait, théobromine.

18 juin. — Examen d'urines.

19 juin. — Régime lacto-végétarien.

23 juin. — Examen d'urines.

24 juin. — Régime lacto-végétarien + 100 grammes de viande à midi.

29 juin. — Examen d'urines.

30 juin. — Régime ordinaire

3 juillet. — Examen d'urines.

Cette observation nous montre une malade qui, avec le régime ordinaire, présente une albuminurie intermittente absolue, à type irrégulier, et chez laquelle, avec le régime lacté, lacto-végétarien, et lacto-végétarien avec viande à midi seulement, on ne retrouve plus d'albumine.

#### Observation N° 12.

Mme Boujn..., 22 ans

La malade vient consulter au mois de février 1912, parce qu'elle souffre de l'estomac; se plaint un peu de céphalée, et surtout d'envie de dormir continuelle.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels: n'a jamais été malade. Réglée à 15 ans régulièrement. Dernières règles le 6 novembre 1911.

La malade est enceinte de 3 mois environ quand elle vient à la consultation; pas de bruit de galop.

La malade est au régime ordinaire.

10 février. — Examen d'urines (voir Tableau).

La malade est mise au régime lacté pendant 4 jours.

14 février. — Examen d'urines.

On met la malade au régime des pâtes, féculents, légumes. On supprime le lait.

17 février. — Examen d'urines. On met la malade au régime ordinaire.

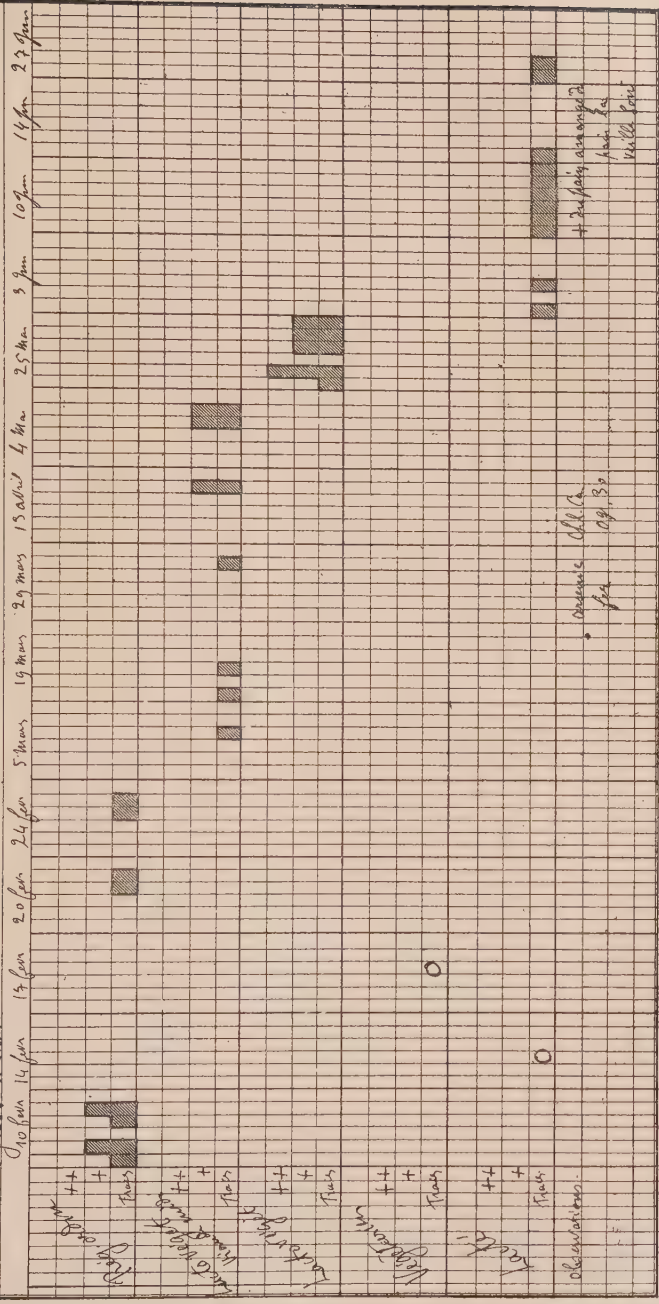
20 février. — Examen d'urines. Même régime.

24 février. — Examen d'urines. On donne des cachets de kola et coca. Régime: viande à midi seulement.

5 mars. — Examen des urines. Régime: viande à midi, pâtes le soir.

19 mars. — Examen des urines.

11<sup>me</sup> Bordeaux 22 ans.



OBSERVATION XII.

Régime : viande à midi, pâtes le soir. Arsenic et fer.

29 mars. — Examen des urines.

30 mars. — On donne 0 gr. 30 de chlorure de calcium.  
Même régime.

13 avril. — Examen des urines. Même régime.

4 mai. — Examen des urines. Pas de maux de tête.

On met la malade aux farineux, pâtes, un peu de lait.

(La malade ne supporte pas le lait).

25 mai. — Examen d'urines. On met la malade au régime lacté absolu (Képhir).

3 juin. — Examen d'urines.

La malade se plaint de constipation; elle est restée depuis 8 jours sans se présenter à la garde-robe. Traitement : granules d'Agar. Régime lacté absolu. (Mais la malade mange un peu de pain).

10 juin. — Examen d'urines. On met la malade au régime lacté absolu.

La malade a mangé, malgré cela, du pain la veille de l'examen d'urines.

14 juin. — Examen d'urines.

Régime lacté.

23 juin. — Examen d'urines.

Il s'agit donc ici d'une femme enceinte qui présente d'autant plus d'albuminurie qu'elle s'approche du terme de sa grossesse. Le régime alimentaire a une influence très nette. Malgré cela, l'albuminurie est intermittente et très irrégulière comme on peut s'en rendre compte à la lecture du tableau.

#### Observation n° 13.

Mlle Jehan..., Georgette, 16 ans, chocolatière.

Antécédents héréditaires : père mort de congestion.

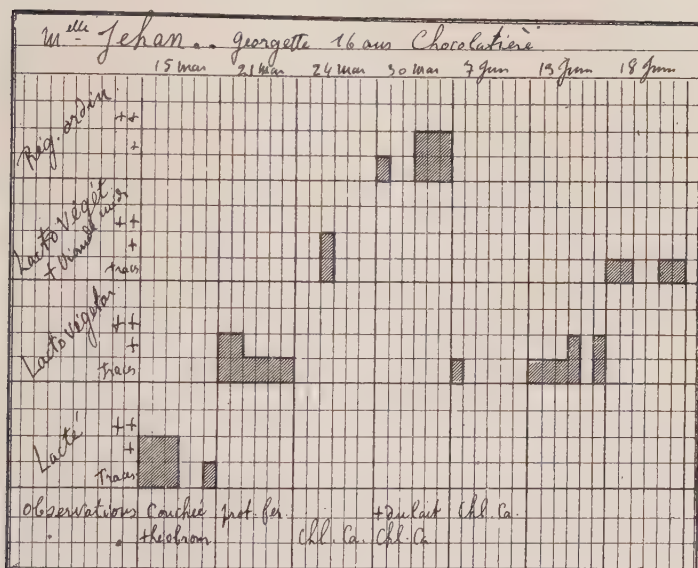
Mère albuminurique et diabétique.

Sœur albuminurique (Obs. n° 14).

Antécédents personnels : rougeole à 2 ans.

Vient consulter le 10 mai 1912 pour une poussée d'érythème polymorphe ainsi localisé :

Membres inférieurs : 1° à droite, a) une plaque volumineuse



OBSERVATION XIII.

à la partie moyenne de la face antérieure de la jambe; b) plusieurs petites plaques sur la cuisse.

2° A gauche, les plaques sont localisées à la partie externe et interne de la jambe; en outre, une petite plaque à la face externe de la partie supérieure de la cuisse.

Membres supérieurs : sur le bras gauche, on compte environ 10 petites plaques.

Sur le bras droit, une seule, large de 3 centimètres, située à 4 travers de doigt au-dessus de l'apophyse styloïde du radius.

A l'auscultation, rien d'anormal; pas de bruit de galop; albumine dans les urines.

15 mai. — L'érythème a presque complètement disparu aux bras.

Il n'existe qu'à l'état de traces aux membres inférieurs.

La malade qui est restée complètement alitée et a été mise au régime lacté + théobromine (0 gr. 75) rapporte ses urines fractionnées.

Examen des urines (voir le Tableau).

16 mai. — Régime : lait et farineux, pâtes alimentaires + protoxalate de fer.

21 mai. — Examen des urines.

L'érythème a presque complètement disparu.

22 mai. — Régime lacto-végétarien + 100 grammes de viande à midi. Chlorure de calc. : 0 gr. 30.

24 mai. — Examen des urines. Poids : 52 kilogrammes.

25 mai. — Régime ordinaire. Chlorure de calcium : 0 gr. 40.

30 mai. — Examen des urines.

31 mai. — Régime lacto-végétarien. Chlorure de calcium : 0 gr. 40.

7 juin. — Examen des urines.

8 juin. — Régime lacto-végétarien. On supprime le chlorure de calcium.

13 juin. — Examen des urines.

14 juin. — Régime lacto-végétarien + 100 grammes viande à midi.

18 juin. — Examen des urines.

#### Observation n° 14.

Mme Jehan..., Julienne, 39 ans, papetière.

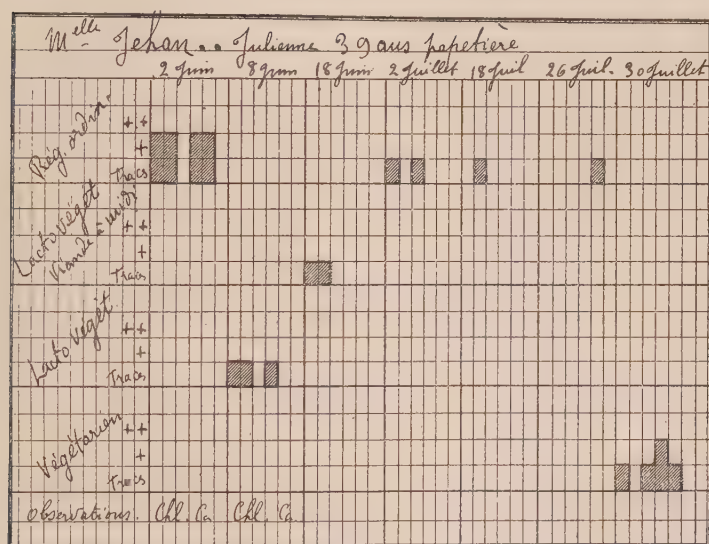
La malade vient consulter à Tenon le 22 mai pour de l'érythème polymorphe. On constate à l'examen des urines des traces d'albumine.

Antécédents héréditaires : mère en traitement à la consul-

tation pour albuminurie et diabète, remontant à plusieurs années; père mort de congestion. Une sœur en traitement pour albuminurie intermittente (Obs. n° 13) qui a présenté elle aussi quelques jours avant de l'érythème polymorphe.

Antécédents personnels : rougeole à 3 ans; fièvre typhoïde à 8 ans.

Réglée à 14 ans régulièrement. A 37 ans : 1<sup>re</sup> grossesse sans albuminurie; enfant vivant à terme.



OBSERVATION XIV.

L'érythème polymorphe a complètement disparu en une quinzaine de jours.

Examen. — Cœur normal; pas de bruit de galop.

Artères non scléreuses. Tension artérielle : 15.

Poumons normaux.

On met la malade au régime ordinaire. Chlorure de calc. : 1 gramme.

2 juin. — Examen des urines (voir Tableau).

- 3 juin. — Régime lacto-végétarien. Chlor. de calc.  
8 juin. — Examen des urines.  
9 juin. — Régime lacto-végétarien.  
13 juin. — Examen des urines.

1 — 0

2 — 0

3 — 0

Les échantillons 4, 5, 6 n'ont pas été recueillis, la malade ayant ses règles.

14 juin. — Régime lacto-végétarien + viande à midi : 100 grammes.

18 juin. — Examen d'urines.

19 juin. — Régime ordinaire.

2 juillet. — Examen d'urines

3 juillet. — La malade se plaint d'avoir grossi depuis son dernier accouchement, il y a 2 ans. On ne change rien à son régime, et on lui donne de l'ocréine (4 pilules pendant 10 jours)

Poids — 82 kilogr. 500. La malade a ses règles du 9 au 12 juillet.

18 juillet. — Examen d'urines.

19 juillet. — Poids : 83 kilogrammes, tension artérielle : 15.

Régime ordinaire.

26 juillet. — Examen d'urines.

27 juillet. — On met la malade au régime végétarien.

30 juillet. — Examen d'urines.

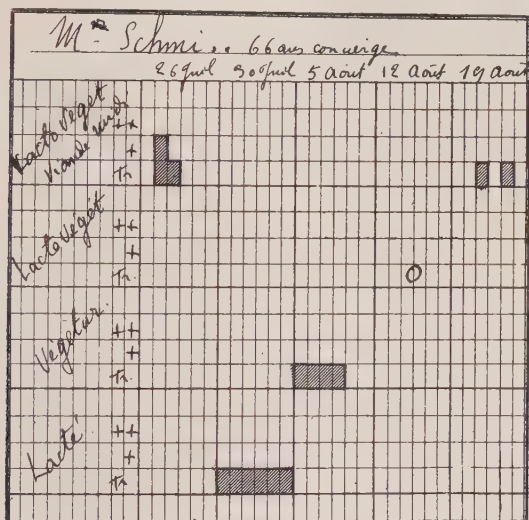
Ces deux observations sont intéressantes en ce qu'elles nous montrent nettement l'influence de la débilité rénale héréditaire. Ces deux malades, filles d'une malade, en traitement elle aussi pour albuminurie et diabète, présentent toutes deux, sensiblement à la même époque, une poussée d'érythème polymorphe; on

constate qu'elles ont toutes deux une albuminurie intermittente irrégulière dont le type est à peu de chose près superposable.

### Observation n° 15.

M. Schmi..., 66 ans, concierge.

Le malade vient consulter le 22 juillet 1912 parce qu'il



OBSERVATION XV.

souffre depuis plus de 6 mois dans la région lombaire et dans les cuisses.

Antécédents héréditaires: inconnus.

Antécédents personnels: n'a jamais été malade.

Pas de céphalée, pas de mouches volantes, pas de bourdonnements d'oreille. Quelques crampes dans les mains et dans les mollets. Pas de cryesthésie. N'est pas sujet aux bronchites.

Examen. — Le malade ne présente pas d'œdèmes.

Cœur normal : pas de bruit de galop.

Artères souples, non sinueuses. Tension artérielle : 16.

Poumons : léger emphysème.

Pupilles : myosis très net.

Régime lacto-végétarien + viande à midi seulement.

26 juillet. — Examen d'urines.

27 juillet. — On met le malade au régime lacté.

30 juillet. — Examen des urines.

Régime végétarien.

5 août. — Examen d'urines.

Le malade se sent mieux, mais se plaint encore de quelques douleurs dans les reins et dans les jambes.

6 août. — Régime lacté pendant 4 jours avec chlor; de calc. : 0 gr. 20.

Les trois derniers jours de la semaine, régime lacto-végétarien.

12 août. — Examen des urines.

13 août. — Régime lacto-végétarien + 100 grammes de viande à midi.

Souffre toujours dans la région lombaire et dans les cuisses.

19 août. — Examen des urines.

#### Observation n° 16.

(Due à l'obligeance de notre ami M. BINET,  
interne de la consultation).

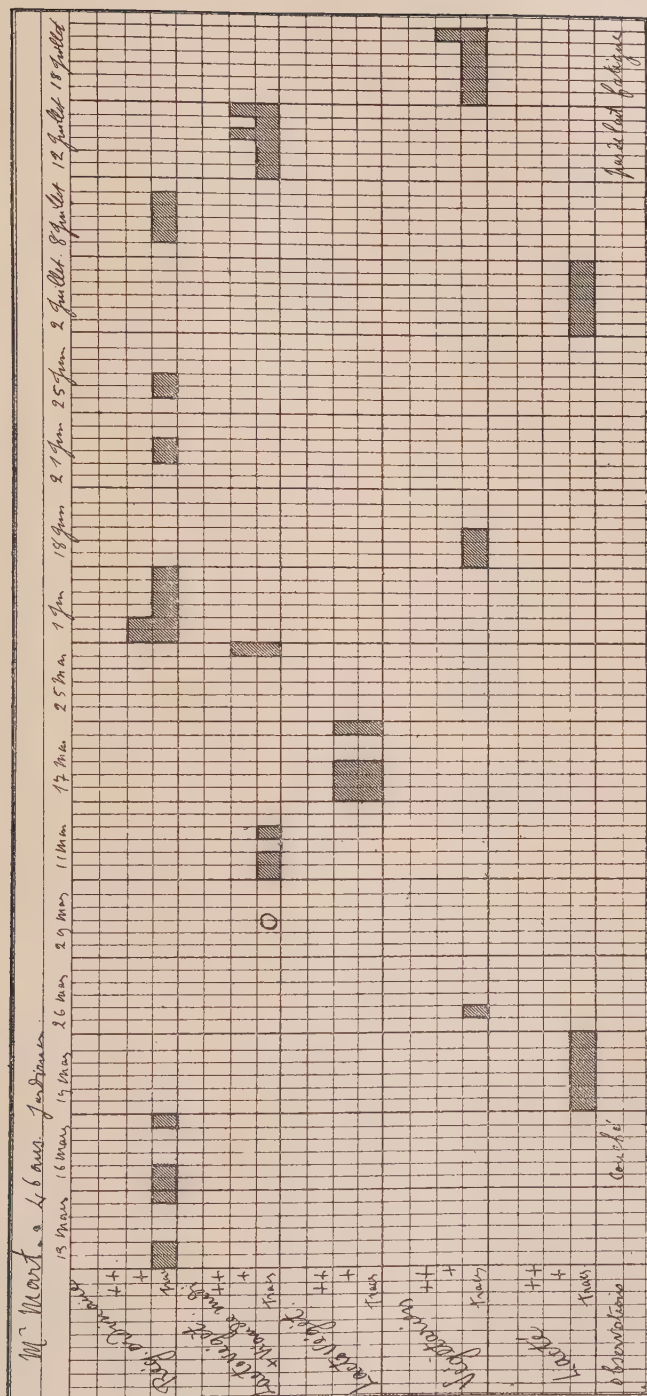
M. Mart..., 46 ans, jardinier.

Le malade vient consulter le 11 mars 1912 pour des douleurs lombaires et des brûlures d'estomac, douleurs intermittentes qui cessent après le repas, et s'accompagnent d'une soif vive.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : scarlatine à 18 ans.

Le malade reconnaît des antécédents d'éthylisme nets; il



OBSERVATION XVI.

aurait cessé de boire depuis 5 ans, dit-il. Il y a 3 ans, à la suite d'insolation (?), il aurait été hospitalisé à Sainte-Anne pendant 15 jours.

Actuellement, il présente de la trémulation nette des doigts, quelques cauchemars, quelques pituites matinales.

Le 13 mars les douleurs lombaires ont disparu; l'appétit reste nul.

Cœur normal. Le malade qui est resté au régime ordinaire rapporte ses urines fractionnées (voir le Tableau); pas de sucre.

14 mars. — Même régime.

16 mars. — Le malade est resté couché pendant 24 heures. Examen des urines.

On met le malade au régime lacté.

19 mars. — Examen des urines.

20 mars. — Régime végétarien.

26 mars. — Examen des urines.

On met le malade au régime végétarien avec viande à midi.

29 mars. — Examen des urines. Même régime.

11 mai. — Examen des urines.

12 mai. — Le malade se plaint de céphalée le matin, de pesanteur dans l'estomac, d'anorexie et de soif vive. On le met au régime lacto-végétarien. Noix vomique.

17 mai. — Examen des urines.

18 mai. — Régime lacto-végétarien + viande à midi.

25 mai. — Examen des urines.

26 mai. — Régime ordinaire.

1<sup>er</sup> juin. — Examen des urines.

2 juin. — Régime végétarien, farineux.

18 juin. — Examen des urines.

On remet le malade au régime ordinaire. Kola.

21 juin. — Examen des urines. Même régime.

25 juin. — Examen des urines.

26 juin. — Le malade est mis au régime lacté auquel il ajoute un peu de pain.

2 juillet. — Examen des urines.

3 juillet. — Régime ordinaire.

8 juillet. — Examen d'urines.

9 juillet. — Régime végétarien + viande à midi.

12 juillet. — Examen d'urines.

17 juillet. — A la suite d'une marche pénible par une grosse chaleur, le malade s'est senti très fatigué, a été pris de céphalée, de bourdonnements d'oreille, et a dû s'aliter en rentrant chez lui. Le lendemain, jour où il a recueilli ses urines, le malade n'a rien pris à midi et a mangé une soupe seulement le soir.

18 juillet. — Examen d'urines.

Cette observation nous montre encore un type d'albuminurie intermittente irrégulière, tantôt relative, tantôt absolue.

On remarquera seulement que le régime lacté a donné une albuminurie continue, quoique peu abondante. Il semble de même que l'influence de la fatigue se fasse sentir.

#### Observation n° 17.

Mme Bab..., 33 ans, brodeuse.

La malade vient consulter à Tenon, envoyée par un oculiste parce qu'elle a eu une grosse albuminurie pendant sa grossesse.

Antécédents héréditaires : parents vivants et bien portants. 2 sœurs bien portantes; un frère mort de méningite à 4 ans.

Antécédents personnels : rougeole à l'âge de 8 ans; aucune autre maladie dans l'enfance. Réglée à 10 ans régulièrement.

A 20 ans, la malade aurait présenté des phlyctènes de la cornée.

A 22 ans, première grossesse. Evolution normale, accouchement spontané; les urines n'auraient pas été examinées.

Depuis lors, la malade se plaint de céphalée vive, particulièrement violente à l'âge de 26 ans. A ce moment, la malade est admise à l'hôpital de Bordeaux où le Professeur Pitres la soigne pour une maladie mentale, dit la malade. Ces céphalées intenses s'accompagnaient de délire, mais on ne constate alors aucun trouble visuel, aucune douleur lombaire, aucun œdème; les urines n'auraient pas été examinées à ce moment (?) Au bout de trois mois, la malade sort de l'hôpital sensiblement améliorée; cependant, la céphalée persiste, surtout localisée au niveau de la nuque et plus intense la nuit. La céphalée augmente d'insensité et de fréquence depuis que la malade est de nouveau enceinte.

Le 17 février 1912, elle entre à la Maternité de Tenon, enceinte de 6 mois et demi environ pour albuminurie gravidique.

Son observation, qui nous a été obligeamment communiquée par M. Barraud, interne du service, nous donne des détails intéressants :

C'est un mois avant son entrée à la Maternité, que la malade remarque qu'elle voit moins nettement les objets; en même temps, douleurs dans les deux yeux et céphalée; mouches volantes.

Le 15 février, elle avait consulté un médecin, qui constatant 11 grammes d'albumine, lui conseillait d'entrer à l'hôpital.

Le 19 février, à l'examen, on ne constate pas l'existence d'œdème. Mais *bruit de galop* avec un pouls régulier et rapide qui bat à 120.

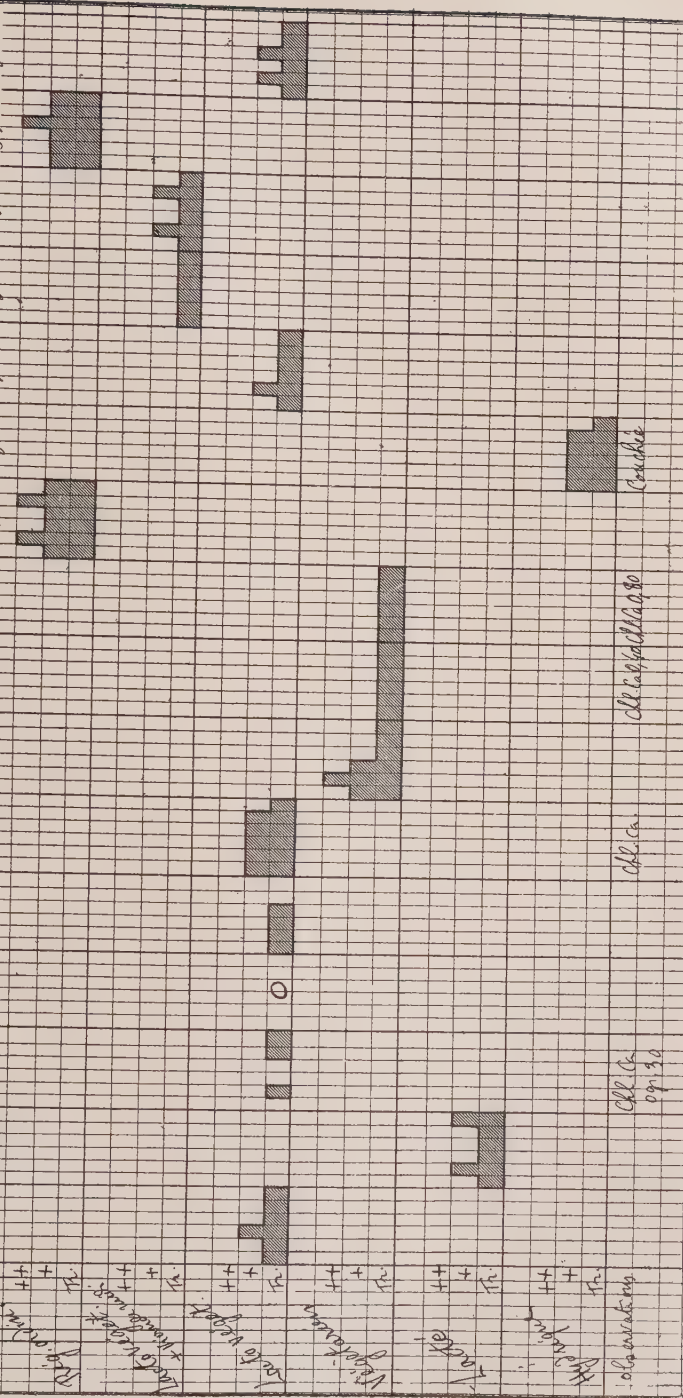
Tension artérielle maxima 21, minima 14. Poumons : normaux; langue : normale. Le foie n'est pas hypertrophié ni douloureux. On constate avec le réactif d'Esbach 7 grammes d'albumine dans les urines.

Le 21 février, l'examen ophtalmoscopique montre l'existence de nombreuses taches blondes œdémateuses de la rétine des deux côtés. A gauche, on voit en outre quelques petites taches rouges hémorragiques. La malade voit moins bien.

Me Babe 3 aus 1.2.1942

18 April 20 April 30 April 4 May

|        |        |        |        |       |        |        |        |        |        |        |         |
|--------|--------|--------|--------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|
| 11 Mar | 20 Mar | 24 Mar | 28 Mar | 5 Apr | 10 Apr | 12 Apr | 17 Apr | 21 Apr | 24 Apr | 29 Apr | 6 April |
|--------|--------|--------|--------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|



### OBSERVATION XVII.

Le 26 février, on constate une augmentation de l'œdème péri-papillaire; la malade distingue à peine les gros caractères d'imprimerie placés à 1 mètre environ devant elle.

Dans la nuit du 19 au 20, la malade a quelques pertes de sang; le pouls monte à 100, mais tombe le lendemain à 80.

Le 21 au matin, la tension est de 21; une saignée de 500 grammes est faite. Deux heures après, la tension est tombée à 18, mais remonte le lendemain à 21 et s'y maintient. Albumine au réactif d'Esbach : 7 grammes.

Entre le 22 et le 26, l'albumine varie entre 2 gr. 50 et 5 grammes.

La quantité d'urine émise varie de 1 litre 500 à 1 litre 750.

Le 26, les bruits du cœur fœtal ne sont pas perçus.

Le 27, accouchement spontané d'un enfant mort et macéré; poids : 1.770 grammes.

Suites de couches normales. L'albuminurie tombe le 2<sup>e</sup> jour à 0 gr. 50 pour s'y maintenir.

A partir du 7 mars, la malade commence à mieux voir; à la sortie, elle peut se guider seule.

Un mois après, on ne constate plus qu'un léger nuage.

La vue s'améliorant, on permet le régime déchloruré. Depuis ce moment, les troubles oculaires restent les mêmes.

La malade vient alors à la consultation. Les œdèmes ont complètement disparu depuis l'accouchement.

On met la malade au régime lacto-végétarien déchloruré.

18 avril. — Examen des urines (voir le Tableau).

On met la malade au régime lacté.

20 avril. — Examen des urines.

A l'examen du fond de l'œil, on constate une rétinite hémorragique, surtout nette à droite : amélioration.

Régime lacto-végétarien. Chlorure de calc : 0 gr. 30.

30 avril. — Examen d'urines. Même régime.

4 mai. — Examen d'urines.

5 mai. — La malade a des pertes rouges. M. Grégoire cons-

tate la présence d'un fibrome de la grosseur d'une noix, mais refuse l'intervention à cause de l'albuminurie.

Régime lacto-végétarien.

11 mai. — Examen des urines.

La malade se plaint de brouillards devant les yeux.

12 mai. — Régime lacto-végétarien. Chlor. de calc. : 0 gr. 30.

20 mai. — Examen des urines.

21 mai. — Régime végétarien.

24 mai. — Examen des urines.

M. Poulard constate des traces évidentes de rétinite albuminurique (exsudat blanchâtre) qui sont en régression. Poids : 42 kilogrammes.

Régime végétarien. Chlor. de calc. : 0 gr. 40.

28 mai. — Examen des urines.

29 mai. — Régime végétarien : Chlor. de calcium : 0 gr. 80.

5 juin. — Examen d'urines. Poids : 42 kilogrammes.

6 juin. — Régime végétarien déchloruré + 100 grammes de viande à midi. 4 ventouses scarifiées sur région lombaire, 0 gr. 80 chlorure de calcium.

10 juin. — Examen des urines.

12 juin. — Régime hydrique (la malade mange le soir à 9 heures 2 bananes) reste couchée. On supprime le chlor. de calc. Examen des urines.

13 juin. — Régime lacto-végétarien.

17 juin. — Examen des urines.

18 juin. — Régime lacto-végétarien + 100 grammes de viande à midi.

21 juin. — Examen des urines. Même régime.

24 juin. — Examen des urines.

Régime ordinaire + 1 litre de lait.

29 juin. — Examen des urines.

Poids : 43 kilogrammes. La malade se plaint de troubles visuels, de nuages et d'affaiblissement de la vue.

On met la malade au régime lacto-végétarien.

6 juillet. — Examen des urines.

Cette observation nous montre une malade qui présente des lésions évidentes de néphrite chronique avec lésions du fond de l'œil et grosse albuminurie pendant sa grossesse. Elle présente une albuminurie intermittente irrégulière tantôt relative tantôt absolue. Elle n'a même le 4 mai présenté aucune trace d'albumine. Les régimes n'ont qu'une influence très irrégulière sur la production de cette albuminurie. Le 12 juin, étant au régime hydrique et au repos complet au lit, elle a présenté une albuminurie continue assez notable.

**Observation n° 18.**

(Due à l'obligeance de M. RATHERY).

M. Dur.... Louis, 46 ans, gardien de la paix retraité.

Le malade est suivi depuis deux ans à la consultation de Tenon pour de l'albuminurie.

Antécédents héréditaires : mère paralysée depuis 2 ans.

Antécédents personnels : tœnia à 18 et à 25 ans.

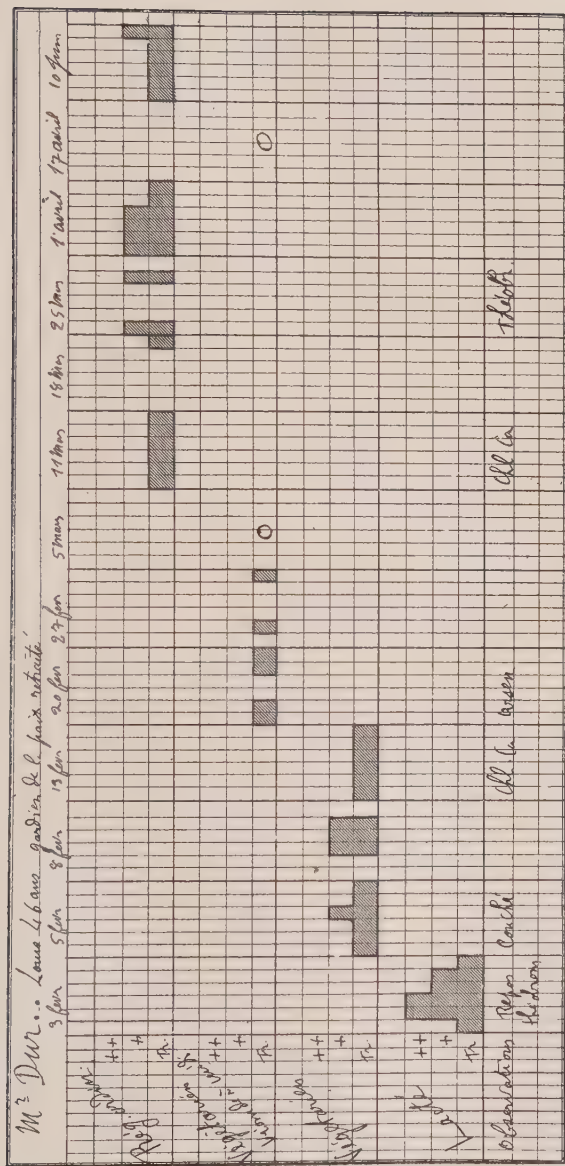
Pas de maladies de l'enfance.

Pleurésie en 1889 pendant cinq mois; ne s'en est jamais senti depuis. En 1897, fracture de la clavicule.

Quatre ou cinq mois avant de venir à la consultation en 1909, ce malade présentait une série de crises qui survenaient 4 ou 5 fois par mois et le prenaient au cours d'une conversation ou dans la rue. Elles survenaient sans aura; le malade tombait à terre, perdait connaissance pendant quelques minutes; il n'avait pas de convulsions.

Au bout de 2 ou 3 minutes, il se relevait et se sentait anéanti pendant 24 ou 48 heures. Jamais de paralysie consécutive.

A la fin, les crises se rapprochaient, survenant tous les 4 ou 5 jours. Aussi le malade vient-il à la consultation où l'on trouve de l'albumine dans les urines.



OBSERVATION XVIII.

Le malade présente des crampes fréquentes dans les mollets; sensation de doigt mort, des troubles de la vue, des brouillards devant les yeux. Il se plaint de céphalée et surtout de douleurs lombaires; de plus, il a une envie constante de dormir.

Examen. — Facies enluminé. Bruit de galop. Tension artérielle : 18.

On met le malade au régime lacté et au repos.

3 février 1912. — Examen d'urines (voir Tableau).

On met le malade aux farineux, pâtes, tisanes; il reste couché.

5 février. — Examen des urines. Même régime.

8 février. — Examen des urines.

Même régime. Chlorure de calcium : 0 gr. 30.

13 février. — Examen des urines.

Régime végétarien + viande à midi.

20 février. — Examen des urines. Tension artérielle : 16.

Même régime. Arsenic.

27 février. — Examen des urines. Tension artérielle : 16 1/2.

28 février. — Le malade se plaint toujours de la tête. Même régime.

5 mars. — Examen d'urines.

Régime végétarien + viande à midi. Chlor. de calc.

11 mars. — Examen des urines.

12 mars. — Se plaint de douleurs et de crampes dans les jambes.

Même régime — Cesse le chlor. de calc.

18 mars. — Examen des urines.

19 mars. — Viande aux deux repas. Pommade au salicylate et théobromine.

25 mars. — Examen des urines. Le malade a eu une crise de diarrhée.

26 mars. — Même régime.

1<sup>er</sup> avril. — Examen des urines.

On ne note aucune lésion du fond de l'œil.

2 avril. — Viande à midi seulement.

Le malade se plaint d'avoir eu de la fièvre la semaine dernière.

17 avril. — Même état de malaise. Examen d'urines.

10 juin. — Le malade était au régime ordinaire. Examen d'urines.

19 juin. — Le malade vient consulter sans apporter d'urines.

Il part à la campagne. On lui conseille le régime lacto-végétarien sans viande.

#### Observation n° 49.

Mme Mouz... Victoire. 24 ans, cartonnrière.

La malade vient consulter le 21 mai 1912 parce qu'elle a les jambes enflées le soir, se plaint de malaise et de fatigue générale, de sensation d'étouffement et de céphalée de temps à autre.

De plus, elle maigrit depuis deux mois.

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Antécédents personnels : scarlatine à 21 ans. Albuminurie qui aurait disparu quand la malade a quitté l'hôpital Claude-Bernard (au bout de 32 jours).

En avril 1911, grossesse pendant laquelle la malade présente de l'albuminurie en assez grande quantité. Elle est mise au régime lacté. Comme elle perd d'une façon continuelle depuis deux mois, elle entre à l'hôpital Saint-Louis où, au bout de 3 semaines de son séjour à la maternité, elle fait un avortement de 5 mois et demi.

Histoire de la maladie. — La malade maigrit beaucoup depuis 2 mois. Elle se plaint de fatigue générale, de malaise, de sensation d'étouffement depuis un mois. Depuis la même époque elle a de l'œdème malléolaire le soir, surtout après le travail debout et à la machine. La malade vient consulter pour savoir si elle a encore de l'albumine.

Examen : cœur normal.

Pouls : 50. Tension artérielle : 14.

Poumons : légère submatité, obscurité respiratoire du sommet droit. Crache un peu, tousse peu. Poids : 48 kilogr. 400.

La malade, mise au régime ordinaire, viande matin et soir, auquel elle a ajouté 2 litres de lait, porte ses urines fractionnées.

22 mai. — Examen des urines.

23 mai. — Régime lacto-végétarien.

25 mai. — Examen des urines.

26 mai. — Régime ordinaire; pas de lait.

29 mai. — Examen des urines.

30 mai. — Lacto-végétarien, pâtes, farineux.

2 juin. — Examen des urines.

3 juin. — Régime lacto-végétarien + 150 grammes de viande à midi; glycérophosphate.

11 juin. — Examen d'urines.

12 juin. — Régime végétarien, sans lait ni viande.

14 juin. — Examen des urines.

15 juin. — Régime ordinaire, 1 litre de lait.

21 juin. — Examen d'urines.

22 juin. — Régime lacto-végétarien, + viande à midi.  
Poids : 48 kilogr. 200.

29 juin. — Examen des urines.

30 juin. — Régime ordinaire + 1 litre et demi de lait cru.

3 juillet. — Examen des urines. Poids : 48 kilogr. 900.

La malade se plaint de douleurs dans l'épaule gauche.

Enveloppement au salicylate de méthyle.

4 juillet. — Régime ordinaire.

17 juillet. — Examen des urines.

18 juillet. — Régime lacté absolu pendant 4 jours.

22 juillet. — Examen des urines.

23 juillet. — Régime ordinaire + 1 litre de lait.

30 juillet. — Examen des urines.



Cette malade, d'une part a eu une scarlatine qui a vraisemblablement lésé son rein, d'autre part présente un sommet fort suspect, et aurait maigri notablement deux mois avant de venir à la consultation.

La courbe de l'examen des urines nous montre une particularité intéressante : les urines les moins albumineuses sont celles qui correspondent aux régimes les plus nutritifs.

#### Observation n° 20.

Mme Ducr... 91 ans, confectionneuse.

La malade vient consulter à Tenon le 28 mai 1912 parce qu'elle se plaint d'engourdissement dans les mains et dans les pieds ainsi que de bourdonnements de tête depuis décembre 1911.

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Antécédents personnels : jamais malade.

Réglée à 15 ans régulièrement. Ménopause à 50 ans.

2 enfants vivants; pas d'avortements.

La malade qui présente de l'engourdissement des membres et de l'œdème en décembre 1911 consulte un médecin qui constate la présence d'albumine. On met la malade au régime hypochloruré; purgatifs tous les 8 jours.

Les œdèmes disparaissent progressivement. Poids actuel : 68 kilogr. 700.

Examen. — Œdème des membres inférieurs très net (mais la malade a des varices et porte un bas à varices à la jambe droite).

Poumons : normaux.

Cœur : arythmie couplée influencée par les grandes inspirations.

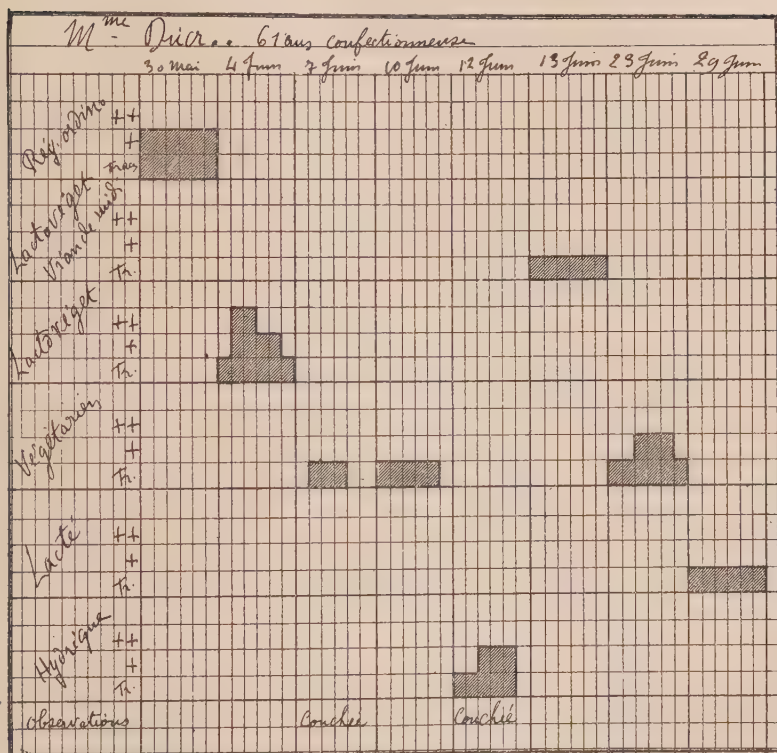
Pouls irrégulier et inégal. Tension artérielle : 20.

Les artères ne sont ni dures, ni sinueuses.

La malade est au régime ordinaire.

30 mai. — Examen d'urines.

31 mai. — Régime lacto-végétarien.



OBSERVATION XX.

4 juin. — Examen des urines. Poids : 67 kilogr. 890.

5 juin. — Régime végétarien. Couchée (le jour de l'examen).

7 juin. — Examen des urines.

8 juin. — Régime végétarien. Vie ordinaire.

10 juin. — Examen des urines. Tension artérielle : 22.

12 juin. — Régime hydrique. Couchée.

Examen des urines.

13 juin. — Régime végétarien + 100 grammes de viande à midi.

14 juin. — Régime végétarien.

23 juin. — Examen des urines.

24 juin. — Régime lacté.

29 juin. — Examen des urines.

Les œdèmes ont presque complètement disparu.

#### Observation n° 21.

Mme Ma... Lucie, 34 ans, ménagère.

La malade vient consulter parce que depuis 3 mois environ elle se plaint de faiblesse générale et de maux de tête.

Antécédents héréditaires : père mort de tuberculose pulmonaire, mère actuellement bien portante. A signaler qu'une de ses sœurs a eu pendant sa grossesse des crises d'éclampsie.

Antécédents personnels : rougeole à 7 ans.

Réglée à 13 ans régulièrement. A 18 ans et demi, première grossesse, accouchement à terme d'un enfant, mort de méningite à 17 mois. Pendant la grossesse, l'attention n'a jamais été attirée sur la présence d'albumine dans les urines.

A 21 ans, seconde grossesse; enfant actuellement bien portant.

A 24 et 28 ans, nouvelles grossesses. La malade a présenté de l'albuminurie pendant les dernières semaines. Régime lacté.

En 1908, la malade est soignée pendant 6 mois pour une albuminurie assez abondante s'accompagnant d'œdème des membres inférieurs, faiblesse, céphalée, douleurs lombaires. Régime lacté et repos.

A la suite de ce traitement, l'état est devenu plus satisfaisant; elle recommence à travailler.

En octobre 1911, nouvel œdème des membres inférieurs, céphalée. Elle dit avoir maigri depuis lors de 15 livres.



- 26 avril. — Examen des urines.  
27 avril. — On met la malade au régime lacté.  
30 avril. — Examen des urines. Les œdèmes ont disparu.  
1<sup>er</sup> mai. — On met la malade au régime lacto-végétarien.  
6 mai. — Examen des urines.  
7 mai. — On met la malade au lacto-végétarien + 150 grammes de viande à midi.  
14 mai. — Examen des urines. Poids : 52 kilogrammes.  
15 mai. — Régime lacto-végétarien + 150 grammes de viande à midi.  
20 mai. — Examen des urines. Poids : 53 kilogrammes.  
21 mai. — Régime lacto-végétarien.  
24 mai. — Examen des urines.  
25 mai. — Régime lacto-végétarien. La malade reste couchée.  
26 mai. — Régime lacto-végétarien + 150 grammes de viande à midi.  
3 juin. — Examen des urines.  
25 juin. — La malade est mise au régime hydrique.  
Examen des urines.  
Poids : 51 kilogr. 600.  
6 juin. — Régime lacto-végétarien + viande à midi.  
10 juin. — Examen des urines.

#### Observation n° 22.

Mme Legend., 46 ans.

La malade vient consulter à Tenon le 31 janvier 1912 pour des palpitations et des arrêts du cœur. Elle est traitée depuis 12 ans pour de l'albuminurie.

Antécédents héréditaires : père mort à 79 ans cardiaque; mère morte d'une maladie de foie.

Antécédents personnels : pas de maladies de l'enfance.

Réglée à 14 ans régulièrement. 3 enfants dont une est traitée à Tenon pour albuminurie (Obs. n° 23).



A 28 ans opérée d'un fibrome par Péan.

18 mois après l'intervention serait apparu un goître exophthalmique (Triboulet) qui aurait retrocédé au bout de 2 ans. (Traitement : teinture d'iode sur le goître, valériane, douches.) Pendant ce temps des palpitations de cœur étaient continues.

Vers 38 ans, la malade a présenté des crises d'angoisse, avec sensation d'arrêt du cœur, crainte de mort; pas de douleurs dans la région du cœur mais irradiation douloureuse dans le bras gauche. Ces crises, fréquentes à 40 ans, sont devenues plus rares depuis 3 ans.

A l'âge de 34 ans, on constate la présence d'albumine dans les urines. Cette albuminurie semble avoir été assez irrégulière elle ne semblait nullement influencée par le régime, la malade ayant souvent autant d'albumine par le régime ordinaire qu'avec le régime lacté.

La malade n'a jamais présenté d'œdème des membres inférieurs (à part, un léger œdème à droite dû probablement à de nombreuses varices). La malade se plaint depuis longtemps de céphalée assez vive, surtout depuis qu'elle présente de l'albuminurie, ainsi que d'un sommeil impérieux survenant principalement après les repas.

Le 31 janvier, elle vient consulter à Tenon pour ses palpitations et ses arrêts du cœur qui persistent toujours.

Examen. — Pas de trace de goître; pas d'exophtalmie.

Pas de tremblement. Pouls en janvier : 156. Actuellement 96.

Cœur : double bruit de va-et-vient, siégeant en un point très limité, dans le 3<sup>e</sup> espace intercostal, et souffle présystolique de la pointe.

Artères peu scléreuses, mais un peu sinueuses.

Poumons : normaux.

23 janvier. — La malade se sent plus fatiguée, le bruit de va-et-vient s'est beaucoup atténué; on entend une ébauche de souffle présystolique.

On trouve de l'albumine. Théobromine 1 gr. 50. Valériane et bromure.

30 janvier. — La malade se plaint de céphalée, de nausées.

On ne trouve pas d'albumine.

5 février. — On ne trouve pas d'albumine dans les urines du matin; seulement dans celles du soir.

On met la malade au régime lacto-végétarien. Théobromine : 1 gramme.

13 février. — Examen des urines.

14 février. — Régime lacto-végétarien. Chlor. de calc. : 0 gr. 30.

27 février. — Examen des urines.

28 février. — Même régime.

3 mars. — Examen des urines. Cœur irrégulier. Pouls : 100.

4 mars. — Même régime. 1 cachet de théobromine tous les 2 jours.

13 mars. — Examen des urines

14 mars. — Cœur irrégulier. Pouls: 116. Iodure de Na: 0 gr. 15  
Sulfate de spartéine : 0 gr. 02. Même régime.

23 mars. — Examen des urines.

24 mars. — Pouls : 120. La malade ne se sent pas soulagée.  
Régime lacté.

27 mars. — Examen des urines.

28 mars. — La malade se plaint moins du cœur.

29 mars. — Régime lacto-végétarien.

6 mai. — Examen des urines.

7 mai. — Régime lacto-végétarien + 100 grammes de viande à midi. Brom. de K.

14 mai. — Examen des urines.

15 mai. — Même régime.

22 mai. — Examen des urines.

23 mai. — Régime lacté. Digitaline.

27 mai. — Examen des urines (malade debout).

28 mai. — Même régime. Examen des urines (malade couchée).

- 29 mai. — Régime lacto-végétarien.  
30 mai. — Examen des urines. Même régime.  
10 juin. — Examen des urines.  
Même régime.  
21 juin. — Examen des urines. Même régime.  
26 juin. — Examen des urines.  
27 juin. — Cœur irrégulier. 5 gouttes de digitaline du  
27 juin au 5 juillet.  
Régime lacté.  
8 juillet. — Examen des urines.

### Observation n° 23.

Mlle Legend... Marie-Louise, 17 ans et demi.  
Antécédents héréditaires : père bronchitique; mère albuminurique (Obs. n° 22).

Antécédents personnels : réglée à 14 ans régulièrement.

A 14 ans, scarlatine mal soignée.

6 mois plus tard, comme elle avait des crises d'oppression et qu'elle étouffait la nuit dans son lit, on constate qu'elle a une grosse quantité d'albumine. On la met au régime lacté, pain sans sel, purées.

Sous cette influence, l'albumine diminue, mais sans jamais disparaître complètement. On aurait constaté alors que les urines ne contenaient pas d'albumine le matin, mais que celle-ci apparaissait après le déjeuner.

La malade se plaint de fatigue générale, de courbature le matin; elle serait couverte de sueurs au moindre effort.

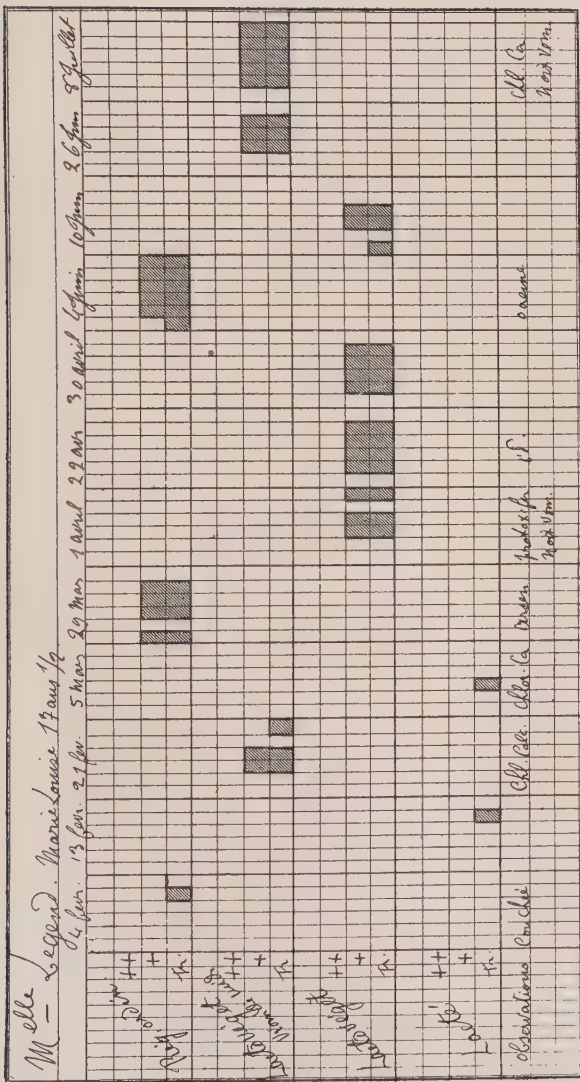
Elle ne tousse pas, n'a pas de sueurs nocturnes; pas d'œdème des membres inférieurs.

Cœur : roulement diastolique, souffle présystolique. Tension artérielle : 16.

Poumons : normaux.

30 janvier. — Au régime ordinaire :

Urines du matin au lever = 0 albumine.



OBSERVATION XXIII.

Urines de 10 heures à midi = 0.

Urines de midi à 4 heures = 0.

Urines de 4 à 7 heures = +

La malade reste au régime ordinaire.

4 février. — Couchée pendant toute la journée.

Examen des urines.

5 février. — Régime lacté.

13 février. — La malade est restée couchée toute la journée.

Examen des urines.

14 février. — Régime lacto-végétarien + viande à midi.

Chlorure de calcium : 0 gr. 30.

21 février. — Examen des urines.

22 février. — Poids : 45 kilogr. 500.

La malade est mise au régime lacté.

Chlorure de calcium : 0 gr. 40. Noix vomique.

5 mars. — Examen des urines.

6 mars. — La malade présente un peu de bronchite.

Régime ordinaire. Pilules d'arsenic.

29 mars. — Examen des urines.

On met la malade au régime lacto-végétarien + cachets de protoxalate de fer et noix vomique. Poids : 45 kilogrammes.

1<sup>er</sup> avril. — Examen des urines.

2 avril. — Poids : 45 kilogr. 500. Même régime, même médication.

22 avril. — Examen d'urines.

23 avril. — La malade est très nerveuse.

Poids : 45 kilogr. 800. Même régime.

30 avril. — Examen des urines.

31 avril. — La malade prend de l'ocréine. Régime ordinaire.

4 juin. — Examen des urines.

5 juin. — Poids : 45 kilogr. 800. Quelques maux de tête.

Régime lacto-végétarien.

10 juin. — Examen d'urines.

11 juin. — La malade se plaint de tousser.

Régime lacto-végétarien + viande à midi.

26 juin. — Examen d'urines.

27 juin. — La malade continue le même régime. Chlorure de calcium, glycérophosphate et noix vomique.

8 juillet. — Examen des urines.

9 juillet. — La malade se plaint de fatigue générale et d'étourdissement.

Poids : 45 kilogrammes.

Cette observation est intéressante, jointe à la précédente.

Elle est un exemple de la débilité rénale héréditaire ; il est cependant juste d'ajouter que le rein semble avoir aussi été lésé au cours de la scarlatine. Quoi qu'il en soit, cette albuminurie est intermittente et irrégulière. On arrive bien à noter l'influence de la digestion, du régime (surtout lacté) ; mais ces influences se font sentir d'une façon irrégulière ; il en est de même pour le repos.

#### Observation n° 24.

M. Dem..., Lucien, 22 ans, coiffeur.

Le malade vient consulter à Tenon le 20 mai 1912, parce que depuis un an il se plaint de douleurs dans les reins.

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Antécédents personnels : coqueluche à 6 ans.

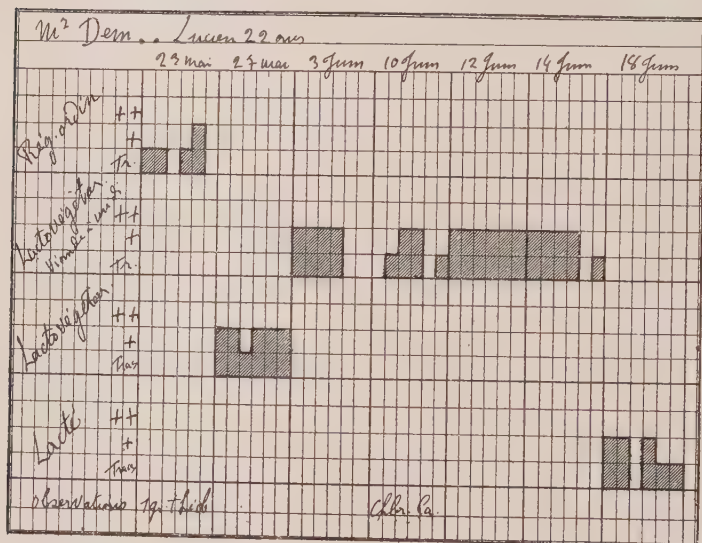
En septembre 1910, blennorrhagie soignée pendant 6 semaines.

En décembre 1910, on constate de l'albumine (0 gr. 80) pour la première fois à l'occasion de douleurs appendiculaires. 15 jours de lait. L'albumine diminue (0 gr. 25), mais sans disparaître complètement.

Le 20 janvier 1911, le malade est opéré d'appendicite à Bourges par M. Temoin. Suites normales. Pendant deux

mois après son opération, le malade est maintenu au régime lacté, à cause de son albuminurie, puis comme l'albuminurie persiste malgré tout sensiblement la même (0 gr. 15 à 0 gr. 25), on permet au malade de suivre le régime ordinaire.

En octobre 1911, réforme temporaire pour albuminurie.



OBSERVATION XXIV.

En janvier 1912, le malade fait encore analyser ses urines; on trouve toujours des traces d'albumine.

Comme ses douleurs lombaires persistent, le malade vient consulter à Tenon. On lui fait diviser ses urines.

Examen. — Poumons : normaux.

Cœur : normal. Tension artérielle : 14 (au Pachon.)

19 mai. — Régime ordinaire + 1 gramme de théobromine.

23 mai. — Examen des urines.

24 mai. — Régime lacto-végétarien.

27 mai. — Examen des urines.

28 mai. — Régime lacto-végétarien + 150 grammes de viande à midi.

3 juin. — Examen des urines (à noter que dans les examens précédents, le malade a par erreur pris un petit déjeuner le matin).

4 juin. — Même régime. Chlorure de calcium : 0 gr. 30.

10 juin. — Examen des urines. Même régime.

12 juin. — Examen des urines. Même régime.

14 juin. — Examen des urines.

15 juin. — Régime lacté pur.

18 juin. — Examen des urines.

#### Observation n° 25.

Mme Baya..., 50 ans, cuisinière.

La malade vient consulter le 7 mai à l'hôpital parce qu'elle souffre des reins depuis près d'un mois, ainsi que d'une céphalée tenace. De plus, depuis deux ou trois jours à la suite d'un refroidissement, elle présentait quelques vomissements et de la diarrhée.

Antécédents : variole à 24 ans. Quelques maux de gorge dans l'enfance. Il y a cinq ans, la malade vient consulter pour un fibrome; on s'aperçoit à cette occasion de la présence d'albumine dans les urines.

Depuis 3 ans, la malade n'est plus réglée.

En avril 1912, elle commence à se plaindre de douleurs lombaires, quelquefois d'engourdissement dans les mains, crampes dans les mollets; en outre, sueurs nocturnes profuses, s'accompagnant de bouffées de chaleur depuis la ménopause.

Examen. — Cœur : pas de bruit de galop. Tension artérielle : 19. Poumons normaux.

Régime ordinaire.

8 mai. — Examen des urines (voir Tableau).

9 mai. — Régime lacto-végétarien + théobromine.

- 16 mai. — Examen des urines.  
17 mai. — Même régime. Chlorure de calcium.  
22 mai. — Examen des urines.  
23 mai. — Régime lacté. Chlor. de calc.  
2 juin. — Examen des urines.  
3 juin. — Examen des urines.  
4 juin. — La malade se plaint de prurit génital. On donne  
1 gramme de lactate de calcium.  
Régime lacté. Couchée.  
6 juin. — Examen des urines.  
7 juin. — Régime végétarien. 2 grammes de lactate de  
calcium. Poids : 98 kilogrammes.  
10 juin. — Examen des urines.  
12 juin. — Régime hydrique. Couchée. Suppression du  
calcium.  
Examen des urines.  
13 juin. — Régime hydrique; non couchée.  
Examen des urines.  
14 juin. — Régime ordinaire, théobromine.  
15 juin. — Examen des urines.  
16 juin. — Régime lacto-végétarien; chlor. de calc.  
21 juin. — Examen des urines.  
22 juin. — Régime ordinaire.  
15 juillet. — Examen des urines.  
16 juillet. — Régime lacto-végétarien + viande à midi.  
24 juillet. — Examen des urines.

Cette observation nous montre une albuminurie intermittente relative qui présente cependant encore de temps à autre une intermittence absolue.

Il est difficile de préciser quels sont les facteurs qui provoquent l'albuminurie; malgré le repos au lit et le régime hydrique, la malade présente une albuminurie continue, alors qu'avec la vie ordinaire et le régime



lacto-végétarien, elle n'a, exceptionnellement il est vrai, que des traces d'albumine dans deux échantillons.

**Observation n° 26.**

(Due à l'obligeance de M. RATHERY).

M. Point..., 39 ans, brocanteur.

Le malade vient consulter le 18 janvier 1911 pour des crises d'étouffement. Il présente de la pollakiurie surtout nocturne, pas d'épistaxis, mais céphalée fréquente et douleurs lombaires.

Antécédents personnels : laryngite à 5 ans; typhoïde à 9 ans; rhumatisme articulaire aigu à 24 ans.

Il y a 18 ans que le malade se plaint de vertiges.

Il y a 10 ans, à propos d'une assurance, on constate pour la première fois de l'albuminurie.

A l'examen. — Urines : albuminurie très marquée, pas de sucre.

Cœur : bruit de galop; claquement du 2<sup>e</sup> bruit aortique.

Poumons : râles de bronchite dans les deux poumons.

On met le malade au régime lacté absolu, 1 gramme de théobromine.

23 janvier 1911. — Les râles ont disparu. L'albumine est réduite à un léger voile. Régime : régimes et pâtes sans sel. Chlor. de calc. : 0 gr. 20.

31 janvier. — Quelques râles dans la poitrine; l'albumine a un peu augmenté : théobromine : 1 gramme par jour. Chlor. de calc. : 0 gr. 40.

On met le malade au régime lacto-végétarien sans sel.

Chlor. de calc. : 0 gr. 60. On fait rapporter au malade ses urines fractionnées.

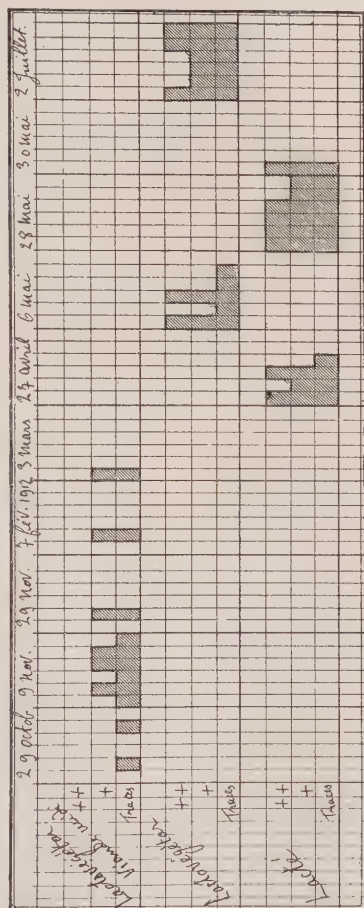
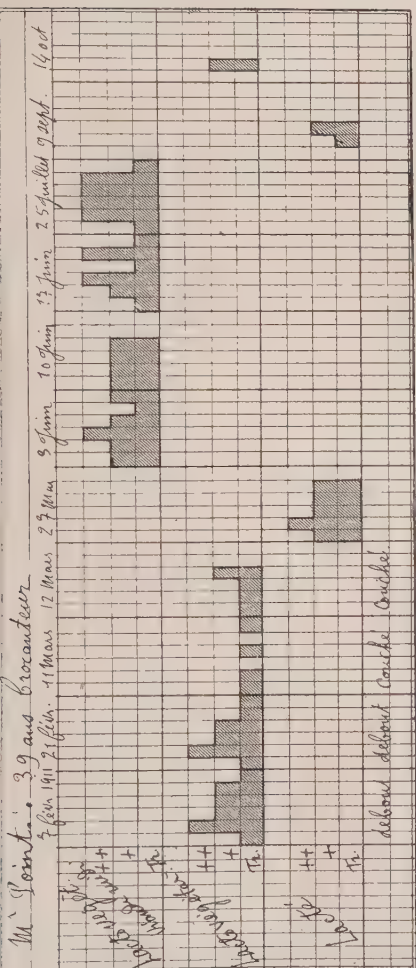
7 février. — Examen des urines. (Voir Tableau).

8 février. — L'état général est meilleur; moins d'essoufflement, mais quelques maux tête et râles de bronchite.

Même régime.

21 février. — Examen des urines (Tableau).

22 février. — Tension artérielle : 24. On donne du chlor. de



OBSERVATION XXVI.

calc. : 0 gr. 80 et de la trinitrine pendant quelques jours.  
Régime lacto-végétarien.

11 mars. — Le malade est resté couché toute la journée.  
Examen des urines.

- 12 mars. — Même régime. Repos au lit. Examen des urines.  
23 mai. — Examen des urines. Le malade est au régime lacté depuis plusieurs jours.  
24 mai. — Régime lacto-végétarien + viande à midi.  
3 juin. — Examen des urines. Même régime.  
10 juin. — Examen des urines. Même régime.  
17 juin. — Examen des urines. Même régime.  
25 juillet. — Examen des urines. Tension artérielle : 22.  
6 septembre. — Le malade a eu à table une perte de connaissance. Tension : 22.  
On le met au régime lacté.  
9 septembre. — Examen des urines.  
10 septembre. — Opothérapie rénale (2 cachets par jour). Régime lacto-végétarien.  
14 octobre. — Examen des urines. Tension artérielle : 24. Régime lacto-végétarien avec viande à midi.  
29 octobre. — Examen des urines. On cesse l'opothérapie.  
9 novembre. — Examen des urines. Trinitrine (XXX gouttes p. 300; 2 cuillerées à soupe). Même régime.  
29 novembre. — Examen des urines. Tension artérielle : 22.  
En janvier 1912. — Examen ophtalmoscopique. Pas de lésions du fond de l'œil (Poulard). Même régime.  
7 février. — Examen des urines. Tension artérielle : 20.  
8 février. — Même régime.  
3 mars. — Examen des urines.  
27 avril. — A la suite d'une purgation, le malade reste quelques jours au régime lacté. Examen des urines.  
6 mai. — Le malade était au régime lacto-végétarien + cachets de rein.  
Examen des urines. Tension artérielle : 22.  
23 mai. — Le malade présente un léger œdème des membres inférieurs. Tension artérielle : 20. Il est mis au régime lacté pur.  
28 mai. — Examen des urines. L'œdème a un peu diminué.  
30 mai. — Même régime. Examen des urines.

5 juin. — L'œdème a presque complètement disparu; un peu de céphalée. Régime lacto-végétarien.

2 juillet. — Examen des urines.

Cette observation est particulièrement intéressante à cause de la longue durée pendant laquelle a été suivi ce malade (un an et demi).

Il présente actuellement tous les signes de la néphrite chronique (bruit de galop, hypertension de 25 à 28 au Pachon.) Les jours de régime lacté absolu sont loin de représenter ceux où l'albuminurie est la moins abondante. Le régime lacto-végétarien, parfois même le régime ordinaire carné ont semblé, au contraire, atténuer l'albuminurie; l'influence de la fatigue physique, des préoccupations morales a été très nette.

### B. — **Exposé synthétique.**

Pour terminer cette étude clinique, nous allons retracer les principaux caractères des albuminuries intermittentes irrégulières, sur lesquels nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir plus loin en étudiant leur pathogénie.

Les albuminuries intermittentes irrégulières peuvent donc se présenter en clinique sous des aspects extrêmement différents :

Le NOMBRE des mictions albumineuses est lui-même sujet à variations. Il peut y avoir 1, 2, 3... mictions albumineuses dans les six échantillons d'urine des vingt-quatre heures, et ce caractère nous permettra

de distinguer des intermittences uniques et des intermittences multiples.

Nous l'avons vu également, si l'albuminurie n'existe que dans certaines mictions et fait défaut en d'autres, on dira que l'intermittence est absolue ; si l'albuminurie est seulement plus intense à certaines mictions qu'à d'autres, on dira que l'intermittence est relative.

Ces caractères sont d'ailleurs essentiellement VARIABLES suivant les malades, et chez un même malade, suivant les jours et les heures auxquels il est examiné.

Dans un premier groupe de faits, on peut classer les malades qui ne présentent si longtemps qu'on puisse les suivre, que des albuminuries intermittentes absolues. (Obs. n<sup>os</sup> 7, 14).

Ces types d'intermittence sont d'ailleurs extrêmement variables et cela d'une façon irrégulière d'un examen à l'autre suivant les heures de son apparition et suivant la quantité d'albumine émise. Nous avons vu, par exemple, tel malade présenter des traces seulement d'albumine à une heure déterminée, qui le lendemain en présentera une quantité assez considérable à une heure toute différente.

Dans un second groupe de faits, on pourra classer les malades qui présentent une albuminurie intermittente certains jours, et qui les jours suivants et pendant un laps de temps fort variable, n'en présenteront plus aucune trace (Obs. 1, 2, 3, 4, 6). Ces cas sont une forme de transition avec les albuminuries récidivantes.

Dans un troisième groupe de faits, on peut ranger

les malades qui présentent des intermittences absolues certains jours, et qui quelques jours plus tard, et cela pendant une période plus ou moins longue ne présenteront plus que des intermittences relatives. (Obs. 19, 20, 22, 24, 25, 26). Ces faits peuvent être considérés comme des cas de transition entre l'albuminurie intermittente et l'albuminurie continue.

Enfin, dans un dernier groupe, nous pourrions rassembler ces faits intéressants, chez lesquels l'intermittence est absolue certains jours, relative un autre, et chez lesquels, toujours chez le même malade, on ne pourra plus retrouver trace d'albumine à un autre examen (Obs. 15, 17, 18).

Ces types d'intermittence sont donc essentiellement variables d'un jour à l'autre; et c'est, comme le fait remarquer M. Rathery, ce qui donne aux albuminuries intermittentes irrégulières leur cachet clinique si particulier.

Si maintenant nous envisageons non plus le nombre et la variabilité des intermittences, mais le RÔLE DES FACTEURS PRÉDISPOSANTS, nous sommes frappés ici encore de la façon irrégulière dont ils se font sentir.

Il est certain que la *fatigue physique* influe parfois sur l'excrétion de l'albumine; mais, fait important et qui avait été relaté par les auteurs, cette influence de la fatigue est souvent inconstante. Et si, dans nos observations, nous avons signalé des faits, où une fatigue exagérée s'accompagnait d'albuminurie plus abondante, nous avons vu aussi des malades, qui avaient une certaine quantité d'albumine avec le repos ou la vie ordi-

naire, et qui pouvaient n'en plus présenter du tout ou en quantité moindre, à la suite d'une fatigue ou d'un exercice violent (Obs. n<sup>os</sup> 4, 3).

Il en est de même pour *l'orthostatisme*. Et si les observations sont nombreuses, où la station debout est un facteur prédisposant pour l'apparition de l'albuminurie, nous avons pu voir des malades chez lesquels cette influence se manifestait d'une façon fort irrégulière, et qui présentaient même une albuminurie très nette quand ils étaient restés couchés pendant vingt-quatre heures (Exemple : Obs. n<sup>o</sup> 17).

Le rôle de *l'alimentation* est lui aussi manifeste, et nombreuses sont nos observations où l'influence du régime se faisait nettement sentir.

Dans un premier groupe de faits, nous rangerons les malades chez lesquels l'albuminurie disparaissait par certains régimes, lacté ou lacto-végétarien, et était manifeste avec le régime ordinaire (Obs. 10, 11). Mais même ici, avec un régime donné, l'intermittence de l'albuminurie revêtait un type différent et comme rythme d'élimination, et comme quantité, sans que l'on puisse en déterminer la cause. Ces cas sont une forme de transition avec les albuminuries digestives régulières.

Nous rappellerons d'ailleurs que chez certains malades l'albuminurie semble avoir été moins abondante et moins continue avec le régime ordinaire et la suralimentation qu'avec le régime lacté ou lacto-végétarien (Obs. n<sup>o</sup> 19).

Dans un second groupe de faits, on peut ranger les cas dans lesquels les régimes, quels qu'ils soient, ne faisaient ressentir leur influence que d'une façon irré-

gulière. Certains jours, l'influence du régime ordinaire ou du régime lacté, par exemple, semblait nette, alors que quelques jours plus tard il était absolument impossible d'en déterminer le rôle. Parfois, certains aliments semblent favoriser l'albuminurie, mais avec ce correctif déconcertant au premier abord, que l'action nocive de ces aliments n'est pas constante (Obs. n° 8).

Nous voyons donc que, si nous cherchons à connaître les différentes causes conditionnant ces intermitteances, nous arrivons parfois à trouver une influence : fatigue physique, alimentation. « Mais ce qui est remarquable, c'est que cette influence est loin d'être constante, et tel sujet fera sous l'instigation de telle cause de l'albumine, qui le lendemain ou quelques jours après, sous la même influence, n'en fera plus. »

D'ailleurs, il arrive souvent que cette influence nous échappe complètement, et on est réduit alors à de pures hypothèses.

## CHAPITRE IV

### **PATHOGÉNIE DES ALBUMINURIES INTERMITTENTES IRRÉGULIÈRES**

La question des albuminuries intermittentes irrégulières se rattache à celle plus générale du mécanisme pathogénique de l'albuminurie en général.

Beaucoup d'auteurs, qui ont étudié ces albuminuries intermittentes, se fondaient sur cette simple intermittence pour admettre l'origine extra-rénale de ces albuminuries qu'ils qualifiaient de fonctionnelles.

Tous sont d'accord sur la très grande fréquence de ces albuminuries intermittentes :

Capitan, étudiant les albuminuries transitoires chez les jeunes gens bien portants, sur 100 soldats qu'il a examinés, trouve, à part deux fébricitants qu'il élimine, 54 hommes qui ne présentent pas trace d'albumine, 20 qui présentaient un disque léger, 24 un disque moyen, soit une proportion de 44 p. 100.

Zabel note leur très grande fréquence.

Finot, élève de Teissier, retrouve 11 fois 1/2 pour 100 de l'albumine chez les élèves de l'École de Santé militaire.

Von Noorden : 32 fois de l'albumine sur 53 soldats.

Quant à Chateaubourg, le pourcentage qu'il donne est manifestement erroné et tient à la façon défectueuse dont il recherchait l'albumine.

Le Professeur J. Teissier constate « que bien des cas doivent nous échapper, car ce n'est guère que là où on peut multiplier les analyses méthodiques qu'une pareille recherche peut être faite avec fruit ».

La plupart de ces auteurs, Gigon, Senator, Spiegler, devant le nombre considérable des albuminuries intermittentes, décrivent une albuminurie physiologique. Pour Senator « toute urine suffisamment concentrée contient de l'albumine ».

« Le sujet, dit Capitan, étant soumis à un grand nombre de causes variées d'excitation, agissant directement sur lui, pour peu qu'une de ces causes s'exagère, ou bien que lui-même, ne fût que momentanément, réagisse plus fortement, son urine, au lieu de ne renfermer qu'un petit disque de substance albuminoïde, impossible à déceler avec les réactifs ordinaires, assez peu sensibles du reste, présentera des traces nettes d'albumine. Le même réactif, impuissant tout à l'heure, pourra alors déceler la présence d'une matière albuminoïde, et on dira que le sujet présente de l'albumine. Mais que le fonctionnement redevienne normal, la quantité de substance albuminoïde excrétée deviendra de nouveau très minime; le réactif ne pourra plus la déceler; on dira que l'individu a eu de l'albuminurie transitoire, et on cherchera à interpréter en vain ce phénomène dont on n'a pu suivre l'évolution complète ».

Et il conclut : « Il s'agit bien là de l'exagération momentanée d'un phénomène probablement normal, que l'imperfection des méthodes d'investigation ne permet pas de constater ordinairement ».

Plus récemment, J. Teissier pense que les albuminuries qui évoluent sans autre symptôme, avec un état général de santé parfaite, peuvent exister sans lésion rénale. L'albuminurie serait ici un symptôme de bénignité absolue.

Peu d'albuminuries, en effet, prêtent mieux à cette hypothèse. « Comment admettre, dit Teissier, que chez des malades qui présentent de l'albumine à certaines mictions ou certains jours seulement, l'état du rein se modifie aussi facilement ».

Mais cependant, ajoute-t-il, il faut surveiller ces malades qui peuvent présenter plus tard des symptômes de néphrite chronique confirmée, car, dit-il, ces malades semblent être « de vrais prédisposés ».

Lecorché et Talamon se sont élevés avec force contre l'hypothèse d'une albuminurie extra-rénale ou fonctionnelle. Le rein, pour ces auteurs, a toujours une part prépondérante dans l'éclosion du symptôme albuminurie.

Pour Gillet, les analogies surtout urologiques, qui existent entre les albuminuries liées à des lésions rénales, et celles où elles sont la seule manifestation, lui font partager l'opinion qu'il pourrait bien y avoir sous roche quelque lésion, quelque modification minime de l'organisme excréteur. L'albuminurie organique et l'albuminurie fonctionnelle seraient bien près « d'être sœurs jumelles ».

La question présente, non pas seulement un intérêt purement doctrinal, mais encore et surtout un intérêt pratique, car suivant que l'on admet l'une ou l'autre de ces théories, on est conduit à porter un pronostic tout différent, et la thérapeutique raisonnée que l'on aura à instituer, devra en tenir compte.

Nous pensons, avec M. Rathery « que dans toute albuminurie, quelle qu'elle soit, il existe toujours deux facteurs : l'un rénal, l'autre extra-rénal; et que c'est dans la prédominance d'action de l'un ou de l'autre de ces facteurs que réside la raison d'être de la forme que revêt l'albuminurie. »

#### A. — Facteur extra-rénal.

L'influence du facteur extra-rénal n'est nulle part aussi manifeste que dans ces formes d'albuminurie intermittente que l'on décrit sous le nom d'albuminurie intermittente régulière.

Nous allons passer tout d'abord en revue les différents facteurs que l'on a incriminés comme pouvant être susceptibles de déterminer de l'albuminurie. Nous chercherons ensuite à connaître comment et dans quelle mesure ils interviennent dans la production des albuminuries intermittentes irrégulières qui font l'objet de notre étude.

1° L'albuminurie physiologique, dit Teissier, est avant tout une albuminurie de fatigue. Le fait est établi par les constatations de Leube, de Semmola, et très vraisemblablement elle tire sa raison d'être et son explication naturelle des expériences de Ranke.

Elle est intermittente et irrégulière, sa période d'apparition matinale (Fürbringer) ou diurne, étant en général commandée par le moment où se produit l'exercice physique.

Mais souvent ce n'est que quelques heures après la fatigue qui doit lui donner naissance, que le symptôme apparaît.

Finot a bien montré l'influence que les exercices soutenus pouvaient avoir sur sa production; c'est l'escrime qui a l'action prépondérante; l'exercice du cheval vient ensuite, mais avec une importance sensiblement moindre. L'exercice forcé de la bicyclette agit dans un sens analogue; les constatations de Keller et d'Albu viennent le démontrer. Mais l'albumine n'apparaît pas toujours dans des conditions analogues à la suite d'un exercice de même nature et de même durée; il y a des causes contingentes qui jouent un rôle provocateur.

Pour J. Teissier, et Finot l'albumine du matin serait de la globuline (dûe à des déchets musculaires); celles du soir, de la sérine dûe à la congestion rénale).

On pourrait noter une plus grande rareté de l'urine émise, une densité plus élevée, une couleur plus foncée et des sels en excès. Il n'y aurait pas de cylindres pour J. Teissier, au contraire des tubes hyalins et granuleux pour von Noorden.

Enfin J. Teissier signale chez ces sujets une dépression très passagère des forces au moment de la décharge albumineuse.

Ajoutons que M. le Professeur Chauffard a noté

l'alternance des crises d'albuminurie et d'hémoglobinurie à la suite d'exercices physiques exagérés, de marche forcée. Cette concomitance a été signalée autrefois par Ralfe et von Noorden.

2° A côté de l'influence du travail physique et de la fatigue, nous pouvons citer l'influence de l'orthostatisme. On a à ce sujet émis plusieurs théories :

a) Pour les uns, le rôle de la lésion rénale est nulle. C'est une albuminurie purement fonctionnelle, et l'on admet alors une origine vaso-motrice, l'influence de la pesanteur ou simplement un trouble nerveux.

b) Pour les autres, le rôle du rein est manifeste, et l'on admet alors l'intervention de deux facteurs : la débilité rénale d'une part, et l'influence de facteurs extra-rénaux d'autre part.

Quoi qu'il en soit, si les faits dans lesquels la station debout et l'exercice jouent le rôle de facteurs de recrudescence pour l'albuminurie préexistante sont légion, les cas d'albuminurie orthostatique pure sont relativement rares. Parmi les observations citées, beaucoup peuvent être considérées comme des cas d'albuminurie mixte, puisque certaines d'entre elles signalent soit l'apparition d'albumine vers 5 heures du soir (ce qui est incompatible avec l'idée d'une albuminurie orthostatique pure), soit la réapparition de l'albumine après le repas du soir, ce qui cadre plutôt avec l'idée d'une albuminurie d'ordre digestif.

Dans d'autres cas, ce n'est plus la situation debout, ni la fatigue, ni l'exercice musculaire, qui amènent l'albu-

minurie, c'est la *situation couchée*. Nous avons maintes fois constaté de l'albuminurie ou exclusivement nocturne, ou à la fois intermittente, diurne et nocturne. L'albumine clinostatique a du reste été déjà notée par Dauchey, Rolleston et plus récemment par Amblard qui a signalé 3 cas chez lesquels l'albuminurie nocturne s'accompagnait de polyurie (1).

Enfin, pour Daversin, la station à genou serait aussi une cause provocatrice d'albuminurie intermittente.

3° A côté de ces albuminuries d'ordre mécanique, nous placerons les **albuminuries d'ordre digestif**.

« Les albuminuries digestives sont celles qui naissent ou augmentent du fait des actes physiologiques ou pathologiques de la digestion » (Castaigne et Chiray).

Il est de notoriété courante, que chez bon nombre d'albuminuriques, le travail de la digestion augmente la quantité d'albumine émise.

A. — Chez certains sujets, l'ACTE DIGESTIF à lui seul suffit à provoquer l'albuminurie. Ils présentent de l'albumine après leurs repas sans qu'intervienne la nature de l'alimentation et sans qu'il existe aucun autre signe morbide.

Andrew Clark, Rendall dans sa thèse, rapportent l'observation de malades chez lesquels l'albumine n'existait dans les urines qu'après les repas, surtout après le déjeuner; et ce dernier auteur insiste sur ce fait qu'il s'agit là d'un type très spécial, l'exercice musculaire, les longues promenades restant sans influence sur le phénomène constaté.

(1) AMBLARD. *Gaz. des hôpit.*, 1911, p. 634.

B. — Mais bien plus souvent c'est l'ALIMENTATION elle-même qui intervient dans la production de l'albuminurie, soit qu'il s'agisse de la quantité des aliments absorbés, soit et surtout qu'il s'agisse de leur nature. L'influence qu'ont les différents régimes auxquels on soumet un malade est trop connue pour que nous y insistions davantage.

a) Certains sujets sont particulièrement sensibles à un *aliment déterminé*. Un des premiers cas et des plus curieux est dû à Christison : l'albuminurie semblait dûe, dans ce fait, à l'ingestion de fromage en excès. Après lui, Prout, Harley, Johnson firent des observations analogues. Chez un malade de Smith, l'albuminurie apparaissait et durait sept à huit heures à la suite de l'ingestion d'une pinte de lait. Un grand nombre d'observations d'albuminurie par ingestion de blanc d'œufs a été rapporté depuis Claude Bernard par beaucoup d'auteurs : Brown-Séquard, Hammond, G. Sée, Lecorché et Talamon, enfin par Castaigne et Rathery. L'intensité de l'albuminurie produite est également variable. Il est important d'ailleurs de noter que ces albuminuries constituent des phénomènes exceptionnels et que même avec le blanc d'œuf, quelques auteurs tels que Stockvis, Griswald n'ont jamais pu les produire.

b) La *qualité des aliments* ingérés intervient aussi certainement. On sait que certains aliments, et principalement ceux qui sont exposés à subir des fermentations rapides et à fournir des ptomaines sont capables de provoquer de l'albuminurie.

Ch. Richet vient de montrer récemment que la toxi-

cité des œufs augmente très rapidement avec le temps. L'intoxication alimentaire est d'ailleurs un phénomène fort complexe.

En dehors des infections qui évoluent comme de véritables maladies, et dont il faut attribuer la cause à l'usage d'aliments avariés; en dehors de l'intoxication lente et progressive à laquelle donne lieu l'abus de tant d'aliments, en dehors des altérations latentes de certains d'entre eux (empoisonnement par les viandes de conserve), il est d'autres faits qui, par leur bizarrerie, ont déjoué toutes les tentatives d'explication. Peut-être faut-il penser alors, comme l'ont fait Castaigne et Gouraud à des accidents d'*anaphylaxie alimentaire*. On a pu dans ce cadre d'idées incriminer certains aliments : le lait (surtout le lait de vache, particulièrement chez les enfants au moment du sevrage, à la suite d'entérocrite (Hutinel), les œufs (Lesné), la viande, les poissons (surtout les moules), certaines variétés de légumes (haricot chez un malade de Debove).

Linossier et Lemoine pensent que l'altération rénale peut être provoquée par des poisons apportés par les aliments : ces *néphrotoxines* sont d'ailleurs fragiles et facilement détruites par la chaleur à 55° et les ferments digestifs. Remarquons cependant que ces conditions d'expérimentation ne sont pas absolument conformes à la clinique, car on ne peut comparer les lésions rénales produites par des substances injectées dans la circulation directement, et les intoxications produites par les aliments. En effet, comme le dit Le Noir, il est exceptionnel que les aliments soient pris crus, et d'autre part

la fonction antitoxique est assurée par les sucs gastriques, pancréatiques, par le foie et la muqueuse intestinale.

C. — D'après Bouchard, une des causes les plus fréquentes d'albuminurie digestive serait la DILATATION D'ESTOMAC, et cela dans la proportion de 1/3 des cas. D'après J. Teissier, « elle constitue assurément un mode de choix parmi les albuminuries d'ordre fonctionnel, puisqu'elle représente 25 p. 100 des faits d'albuminurie non brigitique. Rappelons que Bouchard a bien spécifié que c'était surtout chez les dilatés à gros foie que l'on rencontrait les urines albumineuses. La gastrite avec hypochlorhydrie joue certainement un rôle important dans la production des albuminuries digestives, à cause de l'*insuffisance des ferments* qui permettent l'assimilation des matières albuminoïdes. Cette albuminurie dyspeptique a son maximum d'élimination au summum de l'acte digestif et s'accompagne d'une excrétion d'urates et de phosphates en proportion élevée (Robin). Elle s'accompagne souvent de symptômes de dyspepsie, et Teissier insiste sur la fréquence d'une soif particulièrement vive.

D. — La notion d'une albuminurie d'ORIGINE HÉPATIQUE est essentiellement moderne. Indiquée par Bouchard (dilatés à gros foie), elle a fait l'objet d'études nombreuses de Murchison, Hanot et Gilbert, Ralfe, Gouget, Arnozan.

Pour J. Teissier, il y aurait lieu de distinguer une série de modalités différentes dans les manifestations communes de l'albuminurie hépatique, que l'on pourrait

ranger schématiquement dans trois grands groupes :

a) Dans un premier groupe de faits, l'albuminurie serait le résultat d'un *hyperfonctionnement hépatique*, « entraînant une destruction intense des globules rouges du foie et la mise en liberté d'une grande quantité de matières colorantes et de globuline, qui s'éliminerait dans l'urine ». C'est dans ce groupe que Teissier place l'albuminurie pré-goutteuse.

b) Dans une seconde catégorie de faits, l'albuminurie paraît au contraire attribuable à une *insuffisance* partielle ou temporaire de la cellule glandulaire, et conséquemment à la transformation incomplète des albuminoïdes à travers le foie. Bouchard nous a appris en effet que le foie a pour mission de faire passer à l'état d'urée, c'est-à-dire de substances moins toxiques les albuminoïdes arrivant par le système porte à un état plus élevé de toxicité. Cette notion nous explique la raison d'être de l'albuminurie dans ces états d'irritation sourde aboutissant à l'hépatite interstitielle légère (alcoolisme, diabète, pré-cirrhose).

c) Dans un troisième groupe de faits doivent se ranger les cas d'albuminurie hépatique relevant d'une *auto-intoxication*. C'est le plus souvent par suite de résorption des toxines emmagasinées dans l'intestin et résorbées à sa surface, que l'albuminurie prend naissance. On comprend aisément qu'elle aura d'autant plus de chances de se produire que le foie insuffisant à neutraliser les toxines (Bouchard, Roger) laissera passer les différents poisons ainsi élaborés, poisons qui en irritant le rein lors de leur élimination, entraîneront de l'albuminurie.

E. — Bien qu'encore très incomplètement décrite, l'albuminurie d'ORIGINE INTESTINALE ne saurait être mise en doute. Teissier l'a observée dans la diarrhée symptomatique de l'entérite tuberculeuse, dans des poussées aiguës d'entéro-colite muco-membraneuse, dans la colite glaireuse.

« Quoi qu'il en soit, conclut Castaigne, l'albuminurie dyspeptique (gastrique, intestinale, hépatique) est due pour la plus grande part, à notre avis, à l'introduction dans l'organisme d'albumines hétérogènes mal digérées et mal assimilées ; il y a circulation d'albumines hétérogènes qui s'éliminent par le rein et provoquent l'albuminurie ». Cela est si vrai qu'il a été donné à Teissier plusieurs fois déjà de constater la disparition de cette albuminurie dans le cours d'un état fébrile intercurrent.

4° **Les maladies de la nutrition** : arthritisme, goutte diabète, sont des facteurs importants pour la prédisposition des sujets à l'albuminurie intermittente. Dans la statistique de Finot, l'hérédité arthritique figure dans les antécédents des sujets les plus enclins à l'albuminurie de fatigue ; les infections, telles que scarlatine et diphtérie qui ont une affinité spéciale pour le rein ne passeraient qu'au second plan. Dans les notes de Teissier, cette influence de l'hérédité paraît plus nette encore, en particulier chez les jeunes gens atteints d'albuminurie cyclique. Il attribue à un hyperfonctionnement du foie la majeure partie des albuminuries des jeunes arthritiques. « Et si nous ajoutons, dit le Prof. J. Teissier, « qu'il paraît hors de doute que l'albuminurie si fréquente

dans le diabète gras (43 p. 100, d'après Bouchard) a une même origine que la glycosurie, c'est-à-dire une origine hépatique, il sera facile de se convaincre de la part importante que doit désormais jouer dans la pathologie rénale, cette modalité fort intéressante de l'albuminurie. » Pour Grandmaison, « la cause essentielle de l'albuminurie goutteuse réside dans un mauvais fonctionnement du foie, qui se laisse traverser par les albumoses provenant de la digestion; celles-ci versées dans la grande circulation arrivent au rein, traversent le filtre glomérulaire et entraînent dans leur filtration une certaine quantité d'albumine. »

5° Mais le foie n'est sans doute pas le seul organe capable par son vice de fonctionnement, de vicier la constitution des albumines du sang; il est bien vraisemblable que beaucoup de glandes à sécrétion interne, en particulier le *pancréas* et la *thyroïde*, peut être aussi les ovaires et les testicules sont capables d'agir dans le même sens. « Tout ce qui entraîne, dit Castaigne, une meilleure utilisation des albuminoïdes dans l'intimité de l'organisme fait diminuer l'albuminurie ».

Ainsi agit l'action plus active du suc gastrique et de la sécrétion pancréatique, ainsi agissent aussi les diverses opothérapies ovariennes, testiculaires et surtout thyroïdiennes. Il s'agit là de constatations thérapeutiques qui ont été peu étudiées jusqu'ici et qui sont personnelles à Castaigne et Parisot.

6° On doit rapprocher de ces faits, les cas où l'albuminurie est manifestement en rapport avec la fonction ovarienne.

a) Divers auteurs ont rapporté des observations qui semblent bien prouver qu'il existe au moment de la PUBERTÉ une « déviation rénale d'origine menstruelle », capable de prendre l'apparence d'une néphrite (Grattery) (1) chez des jeunes filles non réglées ou chez lesquelles la menstruation est anormale ou irrégulière. Ces albuminuries qui peuvent se présenter sous différentes formes disparaissent quelquefois entièrement sous l'influence de l'opothérapie ovarienne.

b) Les rapports de l'albuminurie et de la MENSTRUATION ont été étudiés par Christin (Thèse Paris, 1905). Pour cet auteur, l'albumine apparaît, dans les cas qu'il a observés, une huitaine de jours avant le début des règles, s'accompagnant de douleurs dans la région lombaire, augmente en même temps que la congestion ovarienne, jusqu'au moment où s'établit le flux cataménial. La quantité d'albumine diminue alors pour disparaître trois ou quatre jours après la fin des règles. On invoque pour expliquer cette congestion rénale soit l'unité de développement des organes génito-urinaires, soit la notion d'une auto-intoxication par les toxines ovariennes.

c) Enfin Le Gendre a montré le retentissement que peut avoir la SUPPRESSION DES RÈGLES sur le fonctionnement des reins. L'excrétion urinaire se trouve ainsi entravée, d'où véritable auto-intoxication. André Petit et Le Gendre ont signalé comme symptôme de cette insuffisance rénale d'origine génitale la douleur loin-

(1) GRATTEY. *Des troubles viscéraux d'origine menstruelle*. Th. Paris, 1888.

baire, la céphalée, les vomissements, la diminution des urines et l'albuminurie. Il peut donc y avoir une albuminurie consécutive à la ménopause, en particulier lorsque celle-ci est précoce.

L'opothérapie par extrait ovarien total, par extrait de corps jaune a fourni des améliorations très manifestes.

7° L'albuminurie qui survit à une néphrite infectieuse (scarlatine, grippe, diphtérie, typhoïde, rougeole, angine, etc.) en apparence guérie, peut se présenter sous des aspects différents : soit à l'état permanent, avec d'énormes oscillations, facilement accentuée par le moindre malaise, la fatigue, le surcroît de travail, soit à l'état de symptôme intermittent à type régulier ou irrégulier.

8° A côté de ces faits, nous placerons les albuminuries que l'on rencontre à la suite du paludisme, et surtout de la **syphilis**, soit syphilis secondaire, soit surtout syphilis tertiaire. Depuis plusieurs années, M. le Professeur Chauffard insiste dans son enseignement clinique sur la fréquence des antécédents syphilitiques chez des malades atteints de néphrite chronique. Tout récemment, M. le Professeur Letulle et Bergeron ont montré la fréquence d'une réaction de Wassermann positive et d'une syphilis latente au cours des cirrhoses et surtout des néphrites chroniques (*Presse médicale*, 21 septembre 1912).

Les rapports de l'albuminurie et de la **tuberculose** pulmonaire ou viscérale confirmée sont des faits bien

connus depuis longtemps. Pour Bouchard et Le Noir (1), la moitié des cas d'albuminurie constatés au cours de la phtisie pulmonaire, ne relèvent pas du poison tuberculeux lui-même; les poussées fébriles qui l'accompagnent, les troubles digestifs qu'elle provoque entraînent fréquemment l'albuminurie. D'après Teissier, les altérations hépatiques concomitantes sont aussi une cause fréquente de filtration albumineuse. Pissavy (2) montre la très grande fréquence des altérations cellulaires dans le rein sous l'action des poisons tuberculeux isolés. L'observation classique du Professeur Chauffard met en évidence, mieux encore que le laboratoire, l'action néfaste de la tuberculine sur le rein, action qui peut, comme l'a montré Léon Bernard, développer des altérations brightiques secondaires au cours d'une évolution tuberculeuse.

J. Teissier (3) a montré aussi la très grande valeur que le symptôme albuminurie prend souvent comme signe prémonitoire de l'infection bacillaire. Il décrit sous le nom d'ALBUMINURIE PRÉTUBERCULEUSE une albuminurie précédant, annonçant ou même préparant l'évolution d'une tuberculose localisée (le plus souvent à l'appareil pulmonaire) qu'il attribue « à une bactériolyse plus ou moins complète des éléments pathogènes infectants ».

Les urines, dans ce cas, sont pâles le matin, foncées l'après-midi, l'albumine correspondant habituellement à

(1) LE NOIR. Thèse Paris, 1890.

(2) PISSAVY, *Contribution à l'étude des néphrites consécutives à la tuberculose*, Th. Paris, 1898.

(3) TEISSIER. Albuminurie prétuberculeuse. *Sem. Méd.* 1894, p. 498, albuminurie pré et paratuberculeuse, *Sem. Méd.*, 1909, p. 595.

la période de pâleur. Le mode d'élimination de l'albumine est généralement intermittent, fréquemment irrégulier, à grosses oscillations.

Il oppose à ce type l'ALBUMINURIE PARATUBERCULEUSE et fait ressortir la très grande influence que la tuberculose des ascendants ou simplement « l'imprégnation tuberculeuse ancestrale » exerce fort souvent sur l'apparition de cette albuminurie intermittente.

Ces deux types d'albuminurie prété tuberculeuse et paratuberculeuse sont différenciés, grâce aux caractères de la formule urinaire, des variations en sens inverse de la pression vasculaire, de l'absence de séro-réaction chez les sujets présentant l'une de ces formes et du fort pouvoir agglutinant chez les autres, et surtout de leur évolution opposée sur laquelle nous aurons à revenir ultérieurement.

9° Les intoxications, et particulièrement les intoxications professionnelles ont sur le rein une action néfaste connue depuis fort longtemps. Au premier plan, nous placerons le saturnisme dont le rôle n'est plus à démontrer, puis l'intoxication phosphorée. Rappelons aussi le danger que présente pour le rein des substances telles que morphine, mercure, cantharide, etc... D'après Pöehl, l'antipyrine, la phénacétine, l'antifibrine, le salol, le naphthol, et en général tous les dérivés de la série aromatique provoqueraient souvent en s'éliminant l'apparition d'albumine dans les urines.

10° Nous avons déjà montré le rôle des auto-intoxications dyspeptiques, hépatiques, cirrhotiques, chloroti-

ques, enfin de celles qui sont dues au surmenage physique.

L'albuminurie gravidique est analogue à celle que l'on rencontre dans toutes les maladies à toxines. Mais ce qui est très spécial à la grossesse, c'est que celle-ci puisse par l'intermédiaire de l'insuffisance hépatique, faire circuler dans l'économie des poisons spéciaux qui irritent le tissu rénal. D'un autre côté, il est certain qu'une femme enceinte, dont le rein est déjà touché plus ou moins grièvement du fait d'une intoxication, d'une maladie, d'une grossesse antérieure, sera plus qu'une autre en état d'infériorité au point de vue toxémique.

On peut constater de l'albumine dans les urines à la suite d'une marche, d'une fatigue, d'un travail excessif. Le régime alimentaire auquel est soumis la malade a une influence indéniable. D'autres fois, l'albumine survient sans cause appréciable, plus souvent chez les primipares, plus souvent aussi pendant la saison froide et humide.

Rappelons enfin que, dans ces dernières années, les rapports de l'insuffisance thyro-parathyroïdienne et de l'albuminurie gravidique ont donné lieu à une série de travaux [Frühinsholz et Jandelize, Abt, Lange (1)]. Les faits rapportés montrent le rôle de l'insuffisance thyroïdienne dans la pathogénie de certaines albuminuries gravidiques. Au point de vue thérapeutique, on aurait d'ail-

(1) Lange examinant 133 femmes enceintes dans les 12 dernières semaines de la grossesse, constate qu'une hypertrophie thyroïdienne existe chez 108 d'entre elles. Or, sur 22 femmes chez lesquelles elle était manifestement absente, 20 étaient albuminuriques.

leurs obtenu de bons résultats du traitement thyroïdien dans l'éclampsie et les néphrites des femmes enceintes.

11° L'influence des troubles de fonctionnement dans l'appareil circulatoire ne sont plus à démontrer dans la production de l'albuminurie. Celle-ci est regardée comme un symptôme cardinal dans la traduction de la fatigue et de la défaillance du myocarde, même dans les états sub-asystoliques. Cette albuminurie peut d'ailleurs être intermittente, à type irrégulier comme nous avons eu l'occasion d'en observer un cas (Obs. 11) chez une femme qui présentait des signes de défaillance du myocarde au cours d'un rétrécissement mitral.

12° Parmi les affections du système nerveux, l'albuminurie a été signalée au cours de l'épilepsie, du goitre exophtalmique, des tumeurs cérébrales, et dans un certain nombre d'affections du système encéphalique et du grand sympathique.

J. Teissier, en 1877, au congrès du Havre, montre que l'ALBUMINURIE D'ORIGINE NERVEUSE est moins rare qu'on ne le suppose. Cette idée a été reprise dans la thèse de Michel, en 1884. « D'ailleurs, dit J. Teissier, cette doctrine de l'albuminurie névro-motrice repose sur de solides assises : l'expérimentation et la clinique tout à la fois ». Nous ne pouvons que rappeler les « recherches expérimentales et cliniques sur les albuminuries transitoires » de Capitan (Thèse, 1883).

Les données cliniques ne sont pas moins<sup>1</sup> précieuses pour montrer le rôle des ÉMOTIONS MORALES. J. Teissier

rapporte l'histoire d'un jeune lycéen dont les urines quotidiennement examinées par lui furent trouvées constamment normales, même pendant l'évolution et à la suite d'une diphtérie et d'une scarlatine graves, et qui devint subitement albuminurique cinq ans après, en apprenant l'échec subi à son baccalauréat.

L'influence du TRAVAIL CÉRÉBRAL est aussi nettement mis en évidence dans une observation du même auteur : il s'agit d'un publiciste qui pouvait se tenir debout, marcher, se fatiguer et même se livrer à un travail intellectuel quotidien sans uriner d'albumine, mais qui ne pouvait faire une conférence nécessitant un gros effort d'attention et parler debout sans uriner nettement de l'albumine qui disparaissait régulièrement une heure après.

« Il n'est pas étonnant non plus, dit Teissier, de voir les sujets entachés d'arthritisme personnel ou héréditaire exposés plus que d'autres à subir profondément l'influence des TROUBLES MÉTÉOROLOGIQUES, et présenter un abaissement plus marqué de la pression artérielle périphérique sous l'influence de ces perturbations. Je sais bien que cette influence seconde ne ressort guère des travaux statistiques de Finot, mais je l'ai pour mon compte observé avec la plus grande netteté, et il me semble difficile d'en contester l'existence ». Et il ajoute : « Ce qui nous a paru ressortir de nos observations longuement répétées, c'est que l'apparition de l'albuminurie dans les maladies du système nerveux étaient directement influencables par les agents cosmiques et physiques : les changements brusques de température multipliaient sensiblement chez nos incurables (ataxi-

ques, hémiplegiques, médullaires) les cas d'albuminurie transitoire.

Cette étude, forcément incomplète, nous montre déjà le nombre et la variété considérables des différents facteurs extra-rénaux qui peuvent intervenir dans la production des albuminuries intermittentes. Et on conçoit de suite, par ces simples considérations, combien la question devient complexe et quelle pathogénie multiple va pouvoir être invoquée, quand on recherche la cause des albuminuries intermittentes irrégulières.

Que deviennent en effet les faits précédents lorsqu'il s'agit des albuminuries intermittentes irrégulières?

« Nous voyons, dit M. Rathery, les mêmes causes montrer leur influence, avec cette différence capitale qu'elles ne manifestent leur effet nocif qu'irrégulièrement. Nous pensons que ces facteurs jouent rarement dans ces types d'albuminurie irrégulière un rôle exclusif; il semble bien souvent que plusieurs causes additionnent leurs effets pour provoquer l'albuminurie ».

Nous avons cité des observations de malades qui, avec un régime donné, ne présentaient pas trace d'albumine certains jours et qui, avec ce même régime, présentaient une ou plusieurs mictions albumineuses quelques jours plus tard. L'influence du travail physique se faisait parfois sentir, mais d'une façon irrégulière. Les troubles météorologiques, les différences de température pouvaient intervenir, mais sans qu'il fut aisé d'en déterminer le rôle. Telle albuminurie en apparence nocturne, pouvait très bien être encore d'origine alimentaire.

Le rôle des émotions morales, du travail intellectuel pouvait facilement passer inaperçu. L'influence de la menstruation, les troubles de la ménopause pouvaient être relevés, mais cela encore d'une façon irrégulière. En effet, très souvent, le facteur n'est pas unique; la fatigue seule, à moins qu'elle ne soit excessive, l'alimentation seule, sont incapables isolément de mettre le rein en état d'insuffisance visible; il faut la réunion de plusieurs facteurs pour que l'albuminurie éclate. Nous avons signalé l'influence de la fatigue, de la station debout, de l'alimentation; mais ne peut-il exister dans l'économie des troubles passagers relevant d'une mauvaise digestion, d'une congestion hépatique fugace, d'un trouble nerveux, d'une insuffisance de telle ou telle glande vasculaire sanguine, que la clinique ne permet pas de dépister, mais qui suffisent cependant, se surajoutant à d'autres causes, additionnant entre eux leurs effets, à provoquer l'excrétion d'albumine par un rein débile?

« Il faut, comme le dit M. Rathery, que ces divers agents pathogéniques ne soient pas seuls en cause. C'est la sommation de leurs effets qui fait apparaître l'albumine, et cela suivant les cas, à des moments différents de la journée ».

## B. — Facteur rénal.

A côté de ce facteur extra-rénal, il y a toujours dans l'albuminurie intermittente, un facteur rénal.

1° Il est des cas où ce facteur rénal s'impose. — Nom-

breuses sont les observations où nous avons noté les signes d'une **néphrite chronique évidente**, évoluant avec tout le cortège symptomatique du mal de Bright : tantôt néphrite hydropigène, surtout au début, avec œdème malléolaire plus ou moins accentué, disparaissant par le régime déchloruré, les diurétiques et le repos ; tantôt néphrite urémigène, avec artères dures et sinueuses, bruit de galop, hypertension artérielle, myosis et signes de petite urémie ; mais bien plus souvent encore forme mixte, où s'associent dans une mesure assez variable les signes cliniques de l'une et de l'autre forme.

Notons que l'albuminurie peut au cours des néphrites chroniques se présenter sous des modalités et des aspects assez différents : tantôt sous la forme d'albuminurie continue plus ou moins abondante, tantôt et plus souvent, surtout chez les brightiques, sous la forme d'albuminurie intermittente irrégulière, à type absolu ou relatif, dont nous rapportons quelques observations.

On a signalé enfin [Dieulafoy, Leconte (1)] des néphrites chroniques qui auraient évolué jusqu'à la mort par urémie sans que l'on ait pu noter la moindre trace d'albumine. Remarquons, en passant, que l'on aurait peut-être pu par l'examen fractionné des urines (qui n'avait pas été fait) déceler certains jours des traces d'albumine dans une ou dans plusieurs mictions.

2° Quoique moins nette, l'influence du facteur rénal est cependant encore manifeste dans une **néphrite rési-**

(1) LECONTE. *Etude des néphrites sans albuminurie*. Thèse Lille, 1909.

duelle à la suite d'une néphrite aiguë. Comment n'être pas frappé dans ces cas de transition où, dans le cas d'Aubertin par exemple, on voit une néphrite scarlatineuse devenir de continue intermittente relative, puis intermittente absolue. L'orthostatisme n'était là qu'une véritable forme de passage d'une néphrite évoluant vers la guérison.

3° Parfois la lésion rénale demande à être recherchée. Le rein mobile peut se compliquer d'albuminurie et cela, d'après Hibert, dans la proportion de 15 à 20 p. 100 des cas.

*a)* Tantôt c'est une albuminurie continue, expression clinique d'une néphrite plus ou moins marquée, néphrite bilatérale, et qu'avec Castaigne et Rathery, on explique par ce fait que le rein ptosé peut, dans certains cas, sécréter des néphrotoxines qui vont léser le rein opposé jusque-là sain.

*b)* Tantôt, au contraire, l'albuminurie est intermittente et cette intermittence est elle-même variable :

1) Elle peut être à type orthostatique (Bourcy, Mosny, Sutherland, Nevière), et alors la fixation du rein déplacé peut amener la guérison du trouble morbide.

2) Quelquefois, cette albuminurie ne s'observe que lorsque l'on a palpé le rein, à la suite d'un examen médical plus ou moins prolongé. C'est l'albuminurie palpatoire au cours du rein mobile sur laquelle ont insisté les Allemands (C. Menge).

3) Ou encore il se peut que cette albuminurie n'appar-

aisse qu'à la suite d'absorption assez abondante de matières albuminoïdes. Dans une de nos observations (Obs. n° 8), cette albuminurie par absorption de blancs d'œufs au cours du rein mobile était elle-même variable.

4) Enfin, l'albuminurie est loin d'être toujours aussi régulière, témoin l'observation de cette malade (Obs. n° 9) présentant une mobilité très nette des reins et dont l'albuminurie est à type intermittent irrégulier. Ici comme ailleurs, ce type irrégulier semble être le plus fréquemment observé à cause de la multiplicité des facteurs qui entrent en jeu dans la production de l'albuminurie.

Rappelons enfin que M. Jehle, puis Nothmann (de Munich) pensent que chez les individus dont les reins semblent être insuffisants, l'albuminurie peut être produite par la lordose.

4° Enfin, l'albuminurie est un symptôme fréquent au cours des tuberculoses du rein typiques et folliculaires; soit qu'il s'agisse d'une tuberculose miliaire, ou bien généralisée et le diagnostic se confond alors avec celui de la granulie, ou bien uniquement localisée au rein, comme Albarran en a montré des exemples; soit, et c'est le cas le plus fréquent, qu'elle soit une manifestation précoce d'une tuberculose caséuse. M. le Professeur Legueu, Bazy (1) ont insisté sur les caractères de cette albuminurie. Les urines sont claires, parfois lactescentes, très abondantes; c'est une « albuminurie

(1) BAZY. Société de chirurgie, 1905, p. 341.

pollakiurique » surtout nocturne, qui s'accompagne d'une élimination de phosphates particulièrement marquée avec élévation du coefficient de déminéralisation, comme le signale Robin.

Restent les **albuminuries dites fonctionnelles**.

Certains auteurs ont voulu admettre un trouble fonctionnel de l'organe. On s'explique difficilement ce terme de fonctionnel. Pourquoi un rein resterait-il absolument normal dans l'intervalle des mictions albumineuses, et présenterait-il un trouble de son fonctionnement aussi limité; pourquoi ce trouble fonctionnel est-il à ce point différent, que certains jours presque toutes les mictions sont albumineuses, et d'autres jours presque toutes sont normales? Ce n'est pas, pensons-nous, l'état du rein qui varie d'un jour à l'autre; il reste au contraire constamment identique à lui-même dans ce court laps de temps; ce qui varie, ce sont les facteurs extra-rénaux sollicitant l'effort anormal de l'organisme débile.

Les preuves anatomo-pathologiques manquent. On ne possède, à notre connaissance, qu'une autopsie d'enfant soigné par Heubner (1910) pour albuminurie intermittente dite fonctionnelle. Malheureusement cette observation n'a qu'une valeur toute relative, puisque d'une part l'enfant est mort d'un néoplasme cérébral, et que d'autre part il présentait un petit fibrome dans l'un des reins.

Donc, en restant sur le terrain clinique, et puisque les arguments sont également valables dans les formes régulières et irrégulières, comment expliquer, si l'orthosta-

tisme suffisait à lui seul à provoquer l'albuminurie, que tout individu debout ne devienne pas albuminurique. Comment admettre que certaines personnes présentent certains jours et à certaines heures de l'albuminurie digestive, alors que dans les mêmes conditions, d'autres n'en présentent pas.

Lecorché et Talamon font remarquer que l'ingestion d'œufs ne provoque pas d'albuminurie chez tous les sujets; et d'autre part, ce sont précisément ces sujets qui, lorsqu'ils sont suivis longtemps, ont présenté des signes de brightisme. Le malade de Christison qui présentait de l'albuminurie à la suite d'ingestion de fromage ne mourut-il pas brightique? Claude Bernard qui fit sur lui-même l'expérience de l'albuminurie par le blanc d'œuf n'est-il pas mort d'urémie? (Talamon). Castaigne et Rathery ont d'ailleurs montré que cette albuminurie par le blanc d'œuf ne survenait que chez certains individus, et ont érigé cette épreuve à la hauteur d'une méthode d'exploration rénale. D'après ces mêmes auteurs, on trouverait chez ces malades du retard et de l'irrégularité dans l'élimination du bleu de méthylène qui serait pour eux un signe d'altération rénale, tandis que pour M. le Professeur Chauffard, cette épreuve pourrait être aussi la traduction d'une altération hépatique.

Il semble donc bien, dès lors, que le rein soit comme l'ont montré Castaigne et Rathery, UN REIN DÉBILE, qu'il s'agisse de débilité *acquise ou héréditaire*.

a) On retrouve souvent, en remontant dans les *antécédents des malades*, des cas de néphrite avérée; et cher la femme, au cours de grossesses antérieures, l'albu-

minurie a parfois été considérable, témoin de la surcharge de travail qu'impose à un rein malade ou débile l'intoxication gravidique.

D'autres fois, on ne retrouve dans l'histoire des sujets que des maladies infectieuses, qui ont été susceptibles de léser le rein, mais chez lesquels la lésion rénale a pu passer inaperçue : rougeole, diphtérie, infection puerpérale, et surtout scarlatine, car, comme le disait Dieulafoy « le rein touché par la scarlatine n'en perd pas de sitôt le souvenir ».

b) Souvent aussi la débilité rénale est *héréditaire*. C'est ainsi que M. Rathery a constaté que les reins des fœtus dont les mères étaient atteintes de néphrite grave, présentaient des lésions de cytolysse protoplasmique dans l'épithélium des tubes contournés; après la naissance, il a noté l'existence de lésions chroniques définitives, consistant en sclérose péri-glomérulaire et péri-tubulaire.

Cliniquement, le rôle de l'hérédité est un fait acquis depuis longtemps. Gilbert et Lereboullet ont montré le rôle des affections hépatiques et biliaires. Teissier attribue lui aussi un rôle considérable à l'hérédité arthritique et goutteuse dans l'étiologie des albuminuries cycliques, digestives, à l'hérédité tuberculeuse dans l'albuminurie paratuberculeuse. Nous avons noté ici même trois observations fort intéressantes où le rôle de l'hérédité était manifestement démontré.

En somme, et pour nous résumer, le mécanisme pathogénique comprenant ces deux facteurs rénal et

extra-rénal, explique pour nous tous ces cas d'albuminurie.

Tantôt les échantillons albumineux sont nombreux et le type d'intermittence est extrêmement variable. Il s'agit alors d'un état de débilité rénale à ce point accusé, qu'une cause extra-rénale minime, que le moindre excès de travail suffit à mettre l'organe en état d'insuffisance et fait apparaître l'albuminurie.

Tantôt les échantillons albumineux sont peu nombreux et le mode d'intermittence est assez fixe. Dans ces cas, on arrive parfois à dépister le facteur extra-rénal, mais son action est toujours inconstante; très souvent, ce facteur est introuvable ou tout au moins à ce point variable qu'il perd au premier abord toute valeur pathogénique. C'est que ce facteur n'est pas unique; il faut la réunion de plusieurs facteurs pour que l'albuminurie éclate.

Cette deuxième classe pourrait être considérée comme la forme bénigne de l'albuminurie intermittente irrégulière, la première constituant la forme grave.

## CHAPITRE V

### VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE ET PRONOSTIQUE.

Les albuminuries intermittentes irrégulières ont une valeur séméiologique de premier ordre.

L'examen systématique des urines fractionnées nous permet tout d'abord de découvrir la présence d'une albuminurie qui passerait totalement inaperçue à l'examen d'une seule miction. Nombreux en effet sont les cas, même au cours de néphrite confirmée, où l'albumine n'apparaît que dans 1, 2 ou 3 échantillons d'urine dans une période de vingt-quatre heures. La recherche de l'albumine dans les urines totales de ces mêmes vingt-quatre heures est souvent insuffisante, car la quantité d'albumine excrétée peut être à ce point légère, qu'elle n'est plus dès lors décelable, par les procédés de recherche habituels relativement grossiers, dans une urine diluée.

Ces albuminuries intermittentes irrégulières sont d'ailleurs en clinique extrêmement fréquentes. Nous avons recueilli dans les fiches de la consultation de l'hôpital Tenon tous les cas d'albuminuriques chez lesquels on a pu pratiquer l'examen fractionné des urines.

Or, sur ces 121 albuminuriques traités, nous avons trouvé 29 albuminuries continues et 92 albuminuries qui ont présenté des intermittences absolues (1). Ces albuminuries sont d'ailleurs presque toutes irrégulières, si nous en jugeons par les données que nous fournit la source à laquelle nous avons puisé. Et cela se comprend aisément, si nous nous rappelons la multiplicité et la complexité des facteurs qui entrent en jeu dans leur production.

L'albuminurie intermittente irrégulière peut d'ailleurs se rencontrer AU COURS DES NÉPHRITES URÉMIGÈNES GRAVES. L'évolution, dans ce cas, devra donc être considérée comme très réservée. Il faudra pour asseoir son pronostic et son diagnostic, chercher s'il existe un bruit de galop et des signes de petite urémie, noter l'état de la tension artérielle, rechercher l'état de la perméabilité rénale (Achard, Castaigne), la présence de cylindres urinaires granuleux, faire le dosage de la cho-

(1) Plusieurs remarques sont à faire au sujet de cette statistique :

1<sup>o</sup> Comme c'est une statistique faite dans une consultation de médecine, on doit observer que les malades, qui présentaient une grosse albuminurie avec troubles fonctionnels graves, ont été admis de suite à l'hôpital. Ils n'ont donc pu être suivis et entrer en ligne de compte.

2<sup>o</sup> Nous ferons remarquer que le nombre des examens pratiqués ont varié d'un malade à l'autre.

Sur les 29 albuminuries continues, nous avons noté 18 malades chez lesquels on a pratiqué 1 ou 2 examens seulement, 11 malades chez lesquels on a pratiqué plus de 3 examens.

Sur les 92 albuminuries intermittentes, nous avons noté 18 malades chez lesquels on a pratiqué 1 ou 2 examens, 74 chez lesquels on en a pratiqué plus de 3.

Encore ferons-nous remarquer que le nombre des intermittences est extrêmement variable suivant les cas.

Tandis que chez deux malades on n'a pu constater qu'une seule intermittence sur un grand nombre d'examen où l'albuminurie était assez abondante, chez deux autres, on n'a constaté qu'une seule miction albumineuse sur plusieurs examens où l'on ne trouvait pas trace d'albumine.

lestérine dans le sang, dont M. le Professeur Chauffard a montré récemment tout l'intérêt, reconnaître enfin l'existence de la rétention chlorurée et azotée dont M. le Professeur Widal a montré ces dernières années la haute valeur séméiologique et pronostique. Ce qu'il importe de connaître dans ce cas, ce n'est pas tant ce qui passe dans les urines que ce qui reste dans l'organisme.

Nous avons déjà vu que l'ALBUMINURIE RÉSIDUELLE qui persiste à la suite d'une néphrite aiguë, se présente souvent sous la forme d'albuminurie intermittente irrégulière. Elle peut être et doit être, d'après J. Teissier, dans la majorité des cas, considérée comme une albuminurie bénigne, voire même une albuminurie de guérison; il faut savoir pourtant que si cette guérison peut être considérée comme définitive, elle est d'autres fois assez fragile, en ce sens que les phénomènes rénaux sont sujets à retour. Et Teissier cite des cas d'albuminurie par rappel. « Cette néphrite infectieuse, ajoute-t-il, peut devenir de longues années après, le point de départ et l'élément provocateur d'un véritable mal de Bright. »

En présence d'une albuminurie intermittente irrégulière, il faudra penser aussi à une TUBERCULOSE AU DÉBUT, et craindre l'albuminurie prétuberculeuse. Teissier a montré dans ce cas, que la disparition de l'albuminurie marque le début de la période des localisations pulmonaires qui peuvent affecter soit une marche suraiguë (albuminurie pré-granulique), soit une évolution pulmonaire et viscérale chronique à alternance répétée et à évolution fatale (Th. Bory), soit enfin une évolution plus lente encore et tendance à la guérison.

Il a bien montré que la distinction de l'albuminurie pré-tuberculeuse et de l'albuminurie paratuberculeuse est capitale, car si dans la première hypothèse l'évolution vers la phtisie est le plus souvent fatale, dans la seconde, l'évolution vers la granulie est exceptionnelle. Bien plus, l'albuminurie paratuberculeuse est l'indication dans la grande majorité des faits, d'une tendance à l'immunisation anti-tuberculeuse spontanée, due vraisemblablement au processus d'auto-immunisation vulgarisé par Marfan.

Souvent enfin l'albuminurie intermittente irrégulière NE S'ACCOMPAGNE D'AUCUN AUTRE SIGNE de néphrite chronique, et semble correspondre à ce que J. Teissier qualifie d'albuminurie des gens en apparence bien portants. Nous avons noté dans la plupart de nos observations, que cette albuminurie s'accompagne souvent de douleur lombaire, de céphalée et de lassitude. L'albuminurie dans ces cas est généralement peu abondante. Pour Teissier, l'albumine du matin serait surtout de la globuline, celle du soir de la sérine (Finot). Nous avons recherché s'il n'y avait pas de concordance entre l'élimination de l'albumine et la coloration des échantillons d'urine; et si, dans certains cas, nous avons rencontré un parallélisme assez frappant, dans d'autres et cela chez un même malade, nous avons pu nous rendre compte que les urines claires pouvaient être albumineuses alors que les urines colorées ne l'étaient pas.

Quoi qu'il en soit, ces albuminuries sont pour nous L'INDICE D'UNE DÉBILITÉ RÉNALE MANIFESTE.

Leuret rapporte l'observation d'un jeune homme suivi

pendant plusieurs années qui présenta au début une albuminurie intermittente, influencée d'une façon nette ni par l'orthostatisme, ni par l'acte digestif. Cette albuminurie intermittente survenait par périodes qui sont allées en se rapprochant. L'épreuve du bleu de méthylène montrait une élimination retardée, intermittente et prolongée. L'état général était si bon que l'on eut, rapporte l'auteur, toutes les peines du monde à faire ajourner le jeune homme au conseil de révision. Or, au bout de neuf ans, l'albuminurie devint continue et évolua vers la néphrite chronique franche.

Une albuminurie intermittente irrégulière non soignée s'aggrave.

Plus typique encore est l'observation de M. Rathery, que nous avons rapportée ici-même (voir obs. n° 26).

Il s'agit d'un malade qui, lorsqu'il est venu consulter, présentait un bruit de galop et de l'hypertension et était albuminurique depuis 10 ans. A ce moment, son albuminurie reconnue par un médecin de compagnie d'assurances, fut niée par un autre collègue. Les deux médecins, à ce point certains de leur diagnostic, allèrent sur le terrain pour le défendre. En réalité, ils avaient raison et tord l'un et l'autre, car ils n'avaient examiné que l'urine d'une seule miction. Or le malade, rendu sceptique par la dispute de ses deux médecins, négligea de se soigner et son albuminurie qui était à cette époque passagère et ne s'accompagnait d'aucun trouble fonctionnel, augmenta peu à peu, et le patient vit survenir progressivement tous les signes de la néphrite chronique.

L'EXAMEN MÉTHODIQUE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE peut, d'après Teissier, rendre des services. Lorsqu'elle est nettement subnormale, et cela d'une façon persistante, même en dehors des périodes d'albuminurie, il faut redouter l'évolution vers la tuberculose.

Une pression régulièrement normale est un signe favorable.

Quand elle s'élève d'une façon constante et progressive, il faut redouter l'évolution vers le diabète ou vers le rein goutteux, surtout s'il vient à s'y joindre des phénomènes d'hypérexcitabilité cardiaque, des sinuosités de la temporale ou d'autres signes prémonitoires de l'évolution brightique.

Il y a donc lieu de tenir compte à la fois du facteur rénal et du facteur extra-rénal, et si l'on ne peut remédier à la débilité de l'organisme, encore n'est-il pas indifférent de soustraire le rein aux diverses causes qui peuvent solliciter de lui un excès de travail. On pourra ainsi dans une certaine mesure empêcher des lésions graves de s'installer et de progresser.

## CHAPITRE VI

### TRAITEMENT.

La connaissance des albuminuries intermittentes irrégulières a un intérêt non seulement théorique, mais aussi essentiellement pratique. Pour elles, plus que pour toutes autres, se vérifie cette règle de thérapeutique qu'une albuminurie ne peut être traitée par une thérapeutique uniforme. Autrefois, en présence d'une albuminurie, on mettait systématiquement le malade au régime lacté, et nous rappellerons à ce propos le vieil aphorisme de Chrétien « le lait ou la mort ».

Il nous a semblé que dans certains cas le régime lacté ou lacto-vagétarien, loin de faire disparaître une albuminurie, pouvait même la rendre parfois plus abondante et plus continue.

En réalité, le traitement des albuminuries intermittentes irrégulières n'est pas un ; il devra être subordonné à chaque forme.

On traitera le mal de Bright, si l'albuminurie intermittente irrégulière est la manifestation d'une néphrite confirmée. Si cette albuminurie est la traduction d'une néphrite résiduelle, on pourra, comme le conseille

Teissier, mettre le malade au séjour au lit prolongé et au régime lacté, mais surtout on cherchera à dépister les causes capables d'irriter et de léser le rein.

Si elle survient au cours d'un rein mobile ou d'une dilatation d'estomac, on instituera une thérapeutique appropriée. Si l'on soupçonne la tuberculose, on conseillera un régime carné et reconstituant, et on cherchera à tonifier l'organisme. On cherchera à remédier aux troubles gastriques, hépatiques, aux insuffisances glandulaires (Castaigne et Parisot). On pourra aussi obtenir de bons résultats par la médication du chlorure de calcium à dose minime (Netter, Rénon).

Il ne suffit pas chez de tels malades, d'essayer de remédier à l'état du rein; cette thérapeutique est généralement illusoire. Ce que le médecin doit faire, c'est d'empêcher la lésion rénale de se développer et de s'accroître, de dépister les divers facteurs extra-rénaux qui prédisposent à l'éclosion de l'albuminurie : en un mot, chercher par tâtonnements, mais méthodiquement, le régime approprié qui est essentiellement différent avec chaque cas d'albuminurie.

## CONCLUSIONS

I. — En examinant systématiquement les urines fractionnées des vingt-quatre heures, prélevées dans des conditions déterminées, on est frappé de la fréquence de l'intermittence de l'albuminurie.

II. — L'existence d'albumine (albuminurie intermittente absolue) ou son abondance (albuminurie intermittente relative) dans les échantillons d'urine, obéit dans l'immense majorité des cas à un rythme d'élimination irrégulier.

III. — L'irrégularité même de l'intermittence de ces albuminuries est le témoin de la multiplicité et de la complexité des facteurs qui entrent en jeu dans leur production. On peut quelquefois, par un examen méthodique, arriver à déterminer l'influence de certains d'entre eux; mais dans bien des cas la cause nous échappe.

IV. — Elles sont tantôt la manifestation clinique d'une néphrite parfaitement constituée, tantôt la traduction de la débilité rénale.

V. — Les albuminuries intermittentes irrégulières n'ont pas un pronostic qui leur soit propre.

Lorsqu'elles constituent le seul symptôme, elles sont

le témoin de la débilité rénale, héréditaire ou acquise ; leur pronostic est relativement bénin.

On doit toujours penser à la possibilité d'une albuminurie pré tuberculeuse.

Enfin elles peuvent se rencontrer au cours d'une néphrite urémigène grave, ce qui assombrit singulièrement leur pronostic.

VI. — Encore ces albuminuries demandent-elles une thérapeutique raisonnée, écartant soigneusement toutes les causes capables de léser le rein, et tonifiant l'organisme s'il y a lieu.

Vu :  
Le Doyen,  
LANDOUZY.

Vu :  
Le Président de la Thèse,  
CHAUFFARD.

Vu et permis d'imprimer :  
*Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris*  
L. LIARD.

## BIBLIOGRAPHIE

---

**Arnozan.** — Pronostic des albuminuries. *Congrès de Nancy*, 1896. *Gaz. hebdom.*, n° 68.

**Bazy.** — Albuminurie au début de la tuberculose rénale, *Bull. Société de chirurgie*, 1905. T. XXXI, p. 341.

**Bertrand.** — *Albuminurie intermittente*, Th. Paris, 1890.

**Bory.** — *Albuminurie pré tuberculeuse*, Th. Lyon, 1894.

**Bouchard.** — Conditions pathogéniques des albuminuries qui ne sont pas d'origine rénale. *Acad. méd.*, 1892.

**Capitan.** — *Recherches expérimentales et cliniques sur les albumin. transitoires*. Th. Paris, 1883.

**Castaigne.** — Débilité rénale. *Soc. méd. hôp.*, 10 déc. 1903.

— Alb. au cours du rein mobile. *La Clinique*, 1909, p. 603.

**Castaigne et Rathery.** — Alb. provoquée par absorption de blanc d'œuf. *Journal médical français*, 1910.

— Toxicité de la substance rénale et néphrotoxine. *Presse médicale*, 13 août 1902.

**Castaigne et Gœraud.** — Anaphylaxie et intoxication alimentaire. *Journal méd. franç.*, 1910.

**Castaigne et Chiray.** — Albuminurie digestive. *Journ. méd. franç.*, 1910.

**Castaigne et Parisot.** — Les médications opothérapiques applicables au traitement des affections rénales. *Journ. méd. franç.*, 1910.

**Chateaubourg.** — Thèse Paris, 1883.

Chauffard. — Maladies des reins, in *Nouveau Traité de Médecine*.

Chiray. — *Expérience sur la provocation de l'albuminurie par injections et ingestion d'albumines étrangères*. Th. Paris, 1906.

Christin. — *Albuminurie et menstruation*. Th. Paris, 1905.

Cœur. — *Albuminurie génitale*. Th. Paris, 1906.

Conheim (O.). — Transformation de l'albumine par la paroi intestinale. *Zeit. phys. Chim.*, T. 33, p. 451-465, 1901.

Daversin. — *Albuminuries intermittentes*. Th. Paris, 1906.

Finot. — *Étude clinique et statistique sur l'albuminurie chez les gens bien portants*. Th. Lyon, 1891.

Gaucher. — *Pathogénie des néphrites*. Th. agrégat., 1886.

Gilbert et Lereboullet. — Forme rénale de l'ictère acholurique et alb. intermittente.

Gillet. — *Des albuminuries intermittentes*, Paris, 1902.

Graziani. — *Alb. physiologique*.

Grimbert. — Détermination qualitative des diverses albumines dans une urine. *Paris médical.*, janv. 1912.

Kreig. — *Alb. physiologique*. Inaug. diss. Fribourg. Juillet 1900.

Lecomte. — *Contribution à l'étude des néphrites sans albuminurie*. Th. Lille, 1909.

Lecorché et Talamon. — *Traité de l'albuminurie*.

— *Médecine moderne*, 1891.

— *Congrès méd. de Nancy*, 1896.

Le Fur. — Albuminurie génitale, *Soc. méd. Paris*, 14 mai 1909.

Legueu. — Rein mobile. *Actualités médicales*.

— *Traité chirurgical d'urologie*.

Le Noir. — Album. digestive. *Soc. méd. hôpit.*, 8 avril 1910.

Lépine. — *Revue mensuelle. méd et chirurg.*, 1880-1882.

— Notes additionnelles du *Traité* de BARTELS.

Leube. — *Virchow's Arch.*, 1878, p. 145.

— Album. minima. *Thérap. der Gegenwart.*, oct. 1902.

**Leuret.** — *Gaz. hebd. des sciences médic. de Bordeaux*, 1910.

**Linossier et Lemoine.** — Influence de l'orthostatisme sur le fonctionnement du rein. *Soc. biolog.*, 4 avril et 9 mai 1903.

— Alb. digestive. *Soc. méd. hôpit.*, 18 mars 1910.

**Londe.** — *Soc. méd. des hôpit.*, 28 juill. 1889.

— *Archives génér. de médec.*, juill. 1899.

— *Presse médicale*, 20 nov. 1901.

**Merklen (P.)**. — Alb. fonctionnelles. *Journal méd. int.*, 1910, p. 32.

**Méry.** — Alb. intermitt. de l'enfance. *Congrès Nantes*, sept. 1901.

— *Archiv. médic. des enfants*, sept. 1902.

**Michel.** — *Album. transitoires et maladies du système nerveux*. Th. Lyon, 1885.

**Von Noorden.** — Album. dites physiologiques. *Sem. méd.*, 1886, p. 215.

**Picci.** — Album. et bains froids. *Policlin.* Août 1901.

**Pribram.** — Album. intermitt. *Cong. méd. int. Carlsbad*, 1899.

**Rathery.** — Albuminuries intermittentes irrégulières. *Paris médic.*, 1912.

— *P. M. C.*, art. albuminurie.

— *Livre du médecin*, art. goutte.

— *Manuel de médecine*. Maladies des reins. Maladies de la nutrition (art. goutte et diabète).

**Rapp.** — Alb. physiologique. *Deut. med. Zeitschr.* Berlin, 1903. T. XXXII, p. 23 à 28.

**Robin.** — Alb. phosphaturique. *Bull. acad. méd.*, 1899, n° 57.

— Alb. dyspeptique. *Bull. acad. méd.*, juil. 1898.

— *Bull. therap.*, juil. 1898.

— *Malad. de l'estomac*. Paris, 1900.

**Rollestone.** — Alb. hypostatique, d'origine splénique. *Lancet*, 1<sup>er</sup> mars 1902.

**Sénator.** — *De l'album.*, 1882. 2<sup>e</sup> édit. franç., 1891.

— Réponse à MM. Lecorché et Talamon sur l'alb. physiolo. *Médec. moderne*, 1892.

**Sérane.** — *Alb. intermittente*. Th. Montpellier, 1907.

**Springer.** — Alb. physiolo. et orthostatique. *Press. méd.*, 29 juil. 1911.

**Sutherland.** — Alb. et rein mobile. *Journal of med. sc.*, août 1903.

**Teissier (J.).** — Albuminuries curables. *Actualités médicales*.

— Album. orthost. *Sem. méd.*, 20 déc. 1899.

— Album. pré-tuberculeuse. *Sem. méd.*, 1894, p. 498.

— Album. pré et para-tub. *Sem. méd.*, 1909, p. 565.

## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                                                                      |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| INTRODUCTION . . . . .                                                               | 7   |
| CHAPITRE PREMIER. . . . .                                                            | 9   |
| § I. <i>Définition des albuminuries intermittentes.</i> . . . .                      | 9   |
| § II. <i>Historique</i> . . . . .                                                    | 10  |
| CHAPITRE II . . . . .                                                                | 15  |
| § I. <i>Classification</i> . . . . .                                                 | 15  |
| 1). <i>Formes régulières.</i> . . . .                                                | 15  |
| 2). <i>Formes irrégulières</i> . . . . .                                             | 17  |
| § II. <i>Méthode à employer pour leur recherche.</i> . . . .                         | 19  |
| 1). <i>Recueil fractionné des urines</i> . . . . .                                   | 19  |
| 2). <i>Mise en œuvre des diverses épreuves.</i> . . . .                              | 19  |
| § III. <i>Causés d'erreur à éviter</i> . . . . .                                     | 21  |
| CHAPITRE III. <i>Étude clinique</i> . . . . .                                        | 24  |
| § I. <i>Exposé analytique.</i> . . . .                                               | 24  |
| § II. <i>Exposé synthétique</i> . . . . .                                            | 95  |
| CHAPITRE IV. <i>Pathogénie des albuminuries intermittentes irrégulières.</i> . . . . | 100 |
| <i>Considérations générales.</i> . . . .                                             | 100 |
| 1). <i>Facteur extra-rénal.</i> . . . .                                              | 103 |
| 2). <i>Facteur rénal</i> . . . . .                                                   | 121 |
| CHAPITRE V. <i>Valeur semeiologique et pronostique</i> . . . . .                     | 129 |
| CHAPITRE VI. <i>Traitement</i> . . . . .                                             | 135 |
| CONCLUSIONS . . . . .                                                                | 137 |
| INDEX BIBLIOGRAPHIQUE . . . . .                                                      | 139 |





